

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

N° 563

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHÉNÉ (Auguste-Jules-Joseph)

Né le 22 Avril 1916, à Saint-André-de-la-Marche (M.-et-L.)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1944

ESSAI SUR L'ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES TRICHOBÉZOARS

Président : M. CADENAT, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1945

ANNÉE 1945

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHÉNÉ (Auguste-Jules-Joseph)

Né le 22 Avril 1916, à Saint-André-de-la-Marche (M.-et-L.)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1944

**ESSAI SUR L'ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE
ET THÉRAPEUTIQUE DES TRICHOBÉZOARS**

Président : M. CADENAT, Professeur

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1945

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CHABROL
 PETIT-DUTAILLIS.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LIAN.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie

Clinique thérapeutique médicale.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

Clinique de la Tuberculose.....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte

Clinique cardiologique

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire.....

CATHALA.
 ROBERT DEBRÉ.

LEVY-VALENSI.

GOUGEROT.

GUILLAIN.

LEMIERRE.

CADENAT.

MONDOR.

QUENU.

BROCO.

VELTER.

CHEVASSU.

COUVELAIRE.

LEVY-SOLAL.

PORTES.

MOCQUOT.

LEVEUF.

LOEPER.

LEMAITRE.

SENEQUE.

M. VILLARET.

TROISIER.

MATHIEU.

DONZELOT.

Clovis VINCENT

N...

DOGNON.

GIROUD.

HAZARD.

JAYLE.

JOANNON.

OLIVIER.

VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale .
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale .
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale ... SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. BRULÉ. CHABROL. CHEVALIER. LAROCHÉ G. MOREAU. SEZARY.	} Clinique médicale.	BASSET. GATELLIER. de GAUDART d'ALLAINES MOULONGUET MOURE.	} Clinique chirurgicale

MM.	
ECALLE VIGNES	} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	DECHAUME.
Puériculture	N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MON PERE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES, BEAUX-FRERES,
SŒURS ET BELLES-SŒURS

particulièrement au Docteur JOSEPH CESBRON,
en captivité

Aux Docteurs BONNIN (*in Memoriam*)

PIARD, interne des Hôpitaux de Paris.

et à tous mes camarades des Hôpitaux de Schleiz,
Stadtroda, du Stalag IX C, du K° 436, des Stalags IX A
et IX B.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de chirurgie

*Nous le remercions du très
grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. NAULLEAU

Professeur de Clinique chirurgicale

*qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, guidé dans son
exécution et s'est révélé à nous
en maintes circonstances comme
le Maître dévoué.*

*Qu'il trouve ici un faible té-
moignage de notre grande re-
connaissance et l'expression de
notre admiration.*

A MES MAITRES
DE L'INSTITUTION Ste MARIE DE CHOLET
particulièrement à Monsieur l'ABBÉ AUGEREAU
(*in Memoriam*)

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS

A LA MÉMOIRE DE MESSIEURS LES DOCTEURS
TURLAIS, PAPIN, MARTIN, SARRAZIN, ROUESSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENÉCHAU
Professeur de clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUCHY
Professeur de clinique obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIGOT
Professeur de Pathologie interne

A MESSIEURS LES DOCTEURS BOUMARD, NEDELEC,
GOYER, CLOSIER, ROUSSEAU, TESTARD,
LE ROCHAIS, HY, BONHOMME, BAYLE, FREBET,
SARRAZIN, C. R. MARTIN, LECOCQ, DELAITRE,
PERREAU, HERMANN, GAUGAIN,
FOUGERAS-LAVERGNOLLE.

INTRODUCTION

Les trichobézoars représentent la forme la plus fréquente des bézoars que l'on peut observer dans le tube digestif de l'homme. Le terme de bézoar dérive du mot arabe « bazahr » provenant lui-même d'une terminologie persane signifiant « contre-poison ». Dans l'antiquité, en effet, on désignait sous ce vocable les concrétions rencontrées dans le tube digestif de certains ruminants et auxquelles les anciens attribuaient une vertu thérapeutique. Trois variétés différentes de bézoars peuvent être rencontrées dans l'espèce humaine : les bézoars de laque, apanage des peintres qui se servent d'une solution alcoolique de laque, les phytobézoars constitués par des amas de fibres végétales, d'origine alimentaire, les trichobézoars enfin, encore désignés sous le nom d'épagropiles, formés par des boules de cheveux.

L'intérêt de leur étude vient de leur rareté relative, des difficultés de diagnostic auxquelles ils ont donné lieu, surtout autrefois, enfin la gravité des complications qu'ils déterminent et que seule une intervention chirurgicale peut éviter.

Monsieur le Professeur NAULLEAU a bien voulu nous

confier une observation personnelle de trichobézoars gastrique et intestinal ; sur ses conseils, nous avons recherché dans la littérature les observations qui avaient été publiées sur ce sujet, nous avons pu ainsi rassembler 59 cas dont nous n'avons retenu que 33 pour la rédaction de ce travail, les autres n'avaient trait, en effet, qu'à des protocoles d'autopsie ou ne présentaient que des renseignements cliniques insuffisants. Néanmoins, nous en ferons état chemin faisant.

Notre sujet comprend, après un bref rappel de l'historique de la question, l'étude des conditions étiologiques qui président à la formation des trichobézoars, l'exposé de leur constitution et des lésions qu'ils déterminent dans le tube digestif. Nous mentionnons ensuite les aspects cliniques que peut revêtir l'affection et les différents moyens à mettre en œuvre pour la dépister. Enfin, en nous basant sur les résultats obtenus, nous discuterons les indications du traitement à leur opposer.

HISTORIQUE

En 1779, BAUDAMANT décrivit le premier cas de trichobézoar observé chez l'homme.

En 1883, SCHOENBORN rapporte la première opération de trichobézoar faite chez l'homme. Jusqu'à cette date, l'affection n'avait exclusivement été décrite que comme des trouvailles d'autopsie.

En 1913, HOLLAND fut le premier à décrire l'image radiographique du trichobézoar gastrique.

En France, à part le travail classique de MÉRIEL en 1903 et l'étude de COMBY en 1935, peu de mémoires ont fait, à notre connaissance, une synthèse de la question. Par contre, un certain nombre de cas isolés ont été publiés. Parmi ceux-ci, rappelons, en 1917, les observations de DAURIAC et de BROCA sur des tumeurs pileuses de l'estomac, et celle de LAFOURCADE sur un égagropile intestinal opéré avec succès. MATHIEU, en 1925, et MÉTIVET, en 1931, présentent respectivement un cas de trichobézoar guéri par gastrotomie ; en 1931, WILMOTH, à propos d'un rapport sur une observation de LOUSSOT et DOSSER, étudie les indications thérapeutiques dans les trichobézoars de l'estomac et de l'intestin.

A l'étranger, les travaux sur ce sujet sont un peu plus nombreux : WÖFLER et LIEBEN en 1909, MYCH en 1912, MATAS, 1915, HART, 1920, DAVIES, 1921, MAËS, 1928, KERR et RYPIUS, 1930, COLLINS, 1939, ont groupé pour les étudier un nombre toujours croissant de cas; malheureusement, les difficultés de l'heure ne nous ont pas permis de les analyser tous.

ÉTIOLOGIE

1) FRÉQUENCE :

Alors que les tumeurs pileuses sont assez fréquemment observées en Médecine vétérinaire, surtout dans l'espèce bovine, leur rareté relative chez l'homme explique les erreurs de diagnostic assez souvent commises à leur sujet. Il est incontestable que de tous les corps étrangers gastriques, les bézoars sont ceux qui sont le moins fréquemment rencontrés.

Cependant, les différentes variétés de ceux-ci, les trichobézoars sont les moins rares. Les quelques statistiques suivantes permettent de matérialiser à l'appui de chiffres les notions précédentes :

MÉRIEL, 1903, relevait seulement 30 cas de trichobézoars publiés, ayant trait pour la majorité à des observations d'origine étrangère.

En 1912, MYCH, collige 58 observations, dont 35 opérées.

La même année, SPRENGEL montre que si les tumeurs pileuses de l'estomac sont rares, celles de l'intestin grêle sont tout à fait exceptionnelles ; son observation était la quatrième publiée.

En 1928, MAËS réunit 139 cas de bézoars qui groupent à la fois des tricho et des phytobézoars.

En 1930, KERR et RYPIUS rassemblaient 139 cas de bazoars dont 119 concernaient des trichobazoars.

En 1939, enfin, pour COLLINS, 138 cas de trichobazoars auraient été publiés jusqu'à cette date.

2) AGE :

Classiquement, les trichobazoars se rencontrent surtout chez l'enfant où l'on observe souvent l'habitude de porter à la bouche et de sucer tous les objets qui tombent sous leurs mains. La trichophagie à laquelle est associée souvent l'onichophagie ne paraîtrait que comme une déviation d'un tic habituel de la première enfance. Mais la trichophagie se rencontre aussi chez les adolescents et même chez les adultes ainsi qu'en témoigne le relevé que nous avons pu faire d'après nos observations. Nous avons trouvé, en effet, que sur 32 cas, 12 concernaient des enfants au-dessous de 10 ans, 10 avaient trait à des adolescents et 10 concernaient des adultes. Il convient, cependant, de noter que pour ces derniers, la trichomanie remontait, souvent à l'enfance. La statistique de MÉRIEL serait franchement contraire à la théorie classique, puisque nous trouvons 2 enfants pour 13 adolescents et 13 adultes, mais là encore, il faut reconnaître que la trichomanie était ancienne dans nombre de cas.

3) SEXE :

Il est incontestable que les égagropiles se rencontrent avec prédilection dans le sexe féminin. COMBY, en 1918, dans les observations étudiées par lui, a

trouvé une majorité de fillettes et 4 fois seulement il s'agissait de garçons. MÉRIEL, sur 31 cas rapportés, signale seulement 4 cas chez l'homme. MAËS, avant 1928, n'avait pu relever que 2 cas de trichobézoars dans le sexe masculin. Dans les 138 cas étudiés par COLLINS, 132 concernaient la femme. Dans notre courte statistique de 32 cas, nous trouvons une proportion de 5 garçons (observations n° IV, X, XIII, XV, XXXIII) pour 27 filles.

4) CAUSES PRÉDISPOSANTES :

Tous les auteurs sont d'accord, et les constatations que nous avons pu faire ne viennent que le confirmer, pour reconnaître qu'on retrouve très fréquemment chez les sujets atteints de trichobézoar un psychisme particulier. Chez les enfants, la trichophagie constitue un tic invétéré qui peut être considéré comme une névrose du jeune âge. Chez les adolescents et à l'âge adulte, ce sont rarement des sujets à mentalité saine qui ont l'habitude de mâchonner ainsi leurs cheveux et de les avaler facilement. Très exceptionnellement aussi, il s'agit de maladie professionnelle. THOREK et RUTTER, cependant, ont signalé le cas d'un perruquier qui depuis longtemps avalait accidentellement les petits cheveux qui lui parvenaient à la bouche au cours de son travail. Mentionnons encore dans les faits rarissimes le cas du sujet de notre observation XIII dont la déglutition de cheveux avait été faite dans un but de suicide.

Ces exceptions mises à part, les sujets atteints de

trichomanie présentent des troubles psychiques plus ou moins sérieux qui en font des sujets anormaux, des arriérés mentaux ou de petits mentaux rentrant dans le cadre de la manie obsédante (TALAMON).

Les quelques exemples suivants suffiront à illustrer le rôle du psychisme dans l'étiologie du trichobézoar. Chez la petite malade de CASTRO, les parents avaient fait raser le crâne de leur fille qui avalait ses cheveux et perdait l'appétit, celle-ci alla jusqu'à manger les cheveux d'un membre de sa famille qui se prêtait à cette fantaisie. Chez la malade de GODFREY, il s'agissait d'une femme qui déglutissait ses cheveux et ceux de ses enfants.

Nous avons trouvé des faits analogues : ainsi dans l'observation XII, la malade, âgée de 18 ans, avalait non seulement ses propres cheveux et ceux de sa mère, mais les brins de laine de ses vêtements, le feutre de ses chaussures, etc. Dans l'observation VII, l'enfant ne se contentait pas d'ingérer, depuis sa petite enfance, ses cheveux, elle mangeait même ceux qu'elle pouvait trouver sur les brosses, préférant, dit-elle, les longs cheveux qu'elle enroulait autour de sa langue pour en faire une sorte de pilule qu'elle déglutissait avec satisfaction.

L'étude de nos observations a mis encore en évidence le rôle de la contagion. Le petit malade de l'observation II avait contracté la trichomanie à l'asile auprès de plusieurs de ses camarades qui avaient ce tic. Dans l'observation IV, les trois frères et sœurs du malade avaient l'habitude de porter à leur bouche les objets les plus divers.

Ces notions peuvent avoir un intérêt pratique et commander des mesures prophylactiques chez des enfants opérés d'égagropiles pour éviter, comme nous le verrons, les récidives.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Nous étudierons successivement les caractères des Trichobézoars et les lésions viscérales consécutives au séjour de ceux-ci dans l'estomac et l'intestin.

A. — LE CORPS ETRANGER

Nous mentionnerons d'abord les notions générales qui peuvent s'appliquer à tous les égagropiles et nous verrons ensuite les caractères particuliers que ceux-ci revêtent suivant qu'ils siègent dans l'estomac ou dans l'intestin ou qu'ils traversent le tube digestif sans s'y arrêter.

I° Généralités

a) *Composition* : Au sens propre du terme, les trichobézoars sont constitués par des amas de cheveux ou de poils enchevêtrés et serrés, mais très souvent, il s'y ajoute d'autres corps étrangers : brins de laine, fragments de coton, de ficelles, etc. (obs. III).

b) *Structure* : Pour MÉRIEL, il faudrait distinguer les égagropiles purs formés uniquement par un feutrage de poils ou de cheveux, parfois agglomérés au-

tour d'un noyau central (noyau de fruit, pelure de châtaigne (obs. XXXIII et cas de MERMET cité par MÉRIEL), et les égagropiles mixtes constitués à la fois par des cheveux et des fibres végétales. Quoiqu'il en soit, le corps étranger se présente à la coupe comme formé de stratifications pileuses et la couleur des cheveux s'atténue de la périphérie vers le centre où tous ont une même teinte pâle légèrement jaunâtre.

c) *Aspect* : D'une façon générale, le corps étranger reproduit la forme de l'organe qui le contient. Les tumeurs pileuses sont comme « brassées », ce qui rend leurs surfaces régulières, le brassage étant celui auquel est soumis le bol alimentaire. Leur couleur est variable suivant la couleur des cheveux ingérés. On a signalé (obs. XXII) des tumeurs où l'on pouvait reconnaître les cheveux blonds de la malade des cheveux plus sombres de la mère.

d) *Nombre* : La plupart du temps, l'égagropile est unique. Mais il faut insister sur le fait que le même malade peut être porteur de plusieurs trichobézoars. Sur 31 cas publiés par MÉRIEL, on relève 29 cas uniques et 2 doubles. Parmi les 33 observations que nous rapportons, nous trouvons la proportion suivante : 28 uniques pour 5 multiples.

e) *Siège* : Les tumeurs pileuses gastriques sont très certainement les plus fréquentes. Sur les 33 cas dont nous avons pu relever une localisation précise, nous avons trouvé :

— 22 localisations gastriques.

— 8 localisations intestinales.

— 3 localisations gastriques et intestinales.

2° Caractères spéciaux suivant la localisation

a) CORPS ÉTRANGERS GASTRIQUES :

1) *Forme* :

La taille et la forme de ces tumeurs varient avec la quantité de cheveux ingérés et le temps pendant lequel elles ont séjourné dans l'estomac (CARLTON). Presque dans toutes les observations, on relève qu'elles sont allongées, incurvées en croissant (obs. I), en forme d'aubergine (obs. III), en forme de haricot (obs. XII). Une seule est parfaitement ronde (obs. XVII). Les tumeurs plus volumineuses représentent presque toujours le moule de la cavité gastrique. Parmi celles-ci, on peut distinguer les trichobézoars gastriques purs et ceux présentant des prolongements, soit duodénaux ou duodéno-jéjunaux, soit plus rarement œsophagiens. Dans ces cas, à la tumeur principale fait suite un cordon de longueur variant de quelques centimètres à plus de 50 centimètres (obs. III). Sur 22 trichobézoars gastriques, nous avons relevé 14 cas d'égagropiles gastriques purs et 8 avec prolongement se décomposant de la façon suivante :

- 1 cas de prolongement œsophagien (V) ;
- 4 — — — — — duodénal (XV, XXI, XXII, XXVI) ;
- 3 — — — — — duodéno-jéjunal (III, VII, XXIII).

2) *Aspect* :

Leur aspect est celui de tous les trichobézoars ; signalons, cependant, que leur surface est, en général,

tapissée d'une couche de mucus (obs. XIV). Le contact prolongé du trichobézoar avec le suc gastrique peut ne pas modifier la couleur des cheveux (CARLTON), parfois, au contraire, (COMBY) les blonds peuvent prendre une teinte noirâtre. Dans l'observation II, les cheveux étaient tassés en couches horizontales superposées de bas en haut du pylore au cardia. Au niveau du cardia, ils étaient collés entre eux par une sorte de vernis qui rendait très lisse l'extrémité supérieure de la pièce. La face antérieure de l'égagropile, au contraire, était comme ébouriffée. CARLTON, dans le cas de tumeurs multiples, a signalé qu'elles se présentent avec des facettes et il explique cet aspect par les brassages qu'elles subissent du fait des mouvements péristaltiques et des multiples chocs qui en résultent.

3) *Volume et poids :*

Ils sont très variables ; suivant la quantité de cheveux ingérés, on trouve des différences énormes de volume et de poids. D'une centaine de grammes à plus de 2 kilos, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. Les plus gros égagropiles connus sont ceux trouvés par RUSSEL, DAVIES et MYCH : ils pesaient respectivement : 2 k. 15, 2 k. 08 et 2 k. 880. Leurs dimensions étaient de 62 cm. de long et 32 cm. de circonférence maxima pour le cas de DAVIES et de 32 cm. de long et 13 cm. de diamètre dans le cas de MYCH. La présence de tumeurs aussi énormes ne peut s'expliquer que par l'extrême tolérance de l'estomac vis-à-vis des corps étrangers. A l'opposé, beau-

coup d'égagropiles peu volumineux doivent passer inaperçus, étant donné que les accidents n'apparaissent que lorsque la tumeur a acquis un volume et un poids relativement considérables.

b) CORPS ÉTRANGERS INTESTINAUX :

1) *Forme* :

Le Trichobézoar se moule, en général, sur l'intestin qui le contient, et présente une forme de boudin (obs. I) de longueur variable. Si l'on met à part les cas de trichobézoars gastriques avec prolongement duodénaux et duodéno-jéjunaux qui peuvent, dans certains cas, occuper un segment plus ou moins étendu de l'intestin (obs. X), mais qui sont toujours solidaires de la masse gastrique, les trichobézoars intestinaux occupent, en général, un segment limité de l'intestin, au niveau de la fin de l'iléon, le plus souvent. Il faut signaler, cependant, que dans le cas extrêmement curieux de BUFFON (obs. X), l'extrémité inférieure du boudin ayant réussi à franchir la valvule iléo-caecale sortait par l'anus, alors que l'extrémité supérieure du corps étranger était encore au niveau du caecum.

2) *Aspect* :

Comme les égagropiles gastriques, les trichobézoars intestinaux sont tapissés de mucus. Souvent, en plus, leur surface est revêtue par des matières intestinales durcies (obs. XI). Leur couleur est noire, en général, et il ne semble pas qu'on puisse reconnaître la couleur des cheveux ingérés (obs. XI).

3) Volume et poids :

Mis à part le cas de l'observation X, les dimensions et poids des égagropiles intestinaux sont, en général, modérés. Les rares observations complètes que nous ayons pu étudier donnent des poids variant de 85 gr. à 107 gr. et des dimensions de 8 à 10 cm. de long.

c) Insistons enfin sur la *coexistence assez rare chez le même malade de trichobézoar gastrique et intestinal*. Rappelons que sur 33 observations, nous n'avons relevé cette coexistence que trois fois (obs. I, XI, XIX).

d) CORPS ÉTRANGERS TRAVERSANT LE TUBE DIGESTIF SANS S'Y ARRÊTER :

C'est encore une variété de trichobézoars que l'on rencontre et le fait saillant qui les caractérise est leur guérison spontanée. En général, ce sont de petits égagropiles presque toujours multiples : 4 dans l'obs. VIII, 3 dans l'obs. IV, arrondis ou ovalaires rappelant les cocons de ver à soie. Leurs petites dimensions, 3 à 6 cm., et leur faible poids (5 gr. pour les trois égagropiles de l'obs. IV) expliquent leur évacuation spontanée.

B. — LÉSIONS VISCÉRALES

1) DE L'ESTOMAC :

Extérieurement, l'organe qui dans le cas de grosses tumeurs est très distendu : 55 cm. à la grande courbure, 17 cm. à la petite, 39 cm. dans sa plus grande

circonférence (obs. XXII) peut paraître transformé en une tumeur massive. Ses parois ne peuvent être plissées et semblent faire partie de la masse dure qu'elles recouvrent en réalité (obs. XXIII). Dans l'observation II, même après laparotomie, cet aspect a fait porter le diagnostic de sarcome et entraîna une gastrectomie intempestive. La couleur de l'estomac est également modifiée. Il est très rouge (obs. I) et même rouge vineux (obs. II). Quand on peut « pincer » la paroi gastrique, celle-ci apparaît épaissie et œdématiée (obs. I, XXIII et XXVI). On a signalé dans les cas opérés tardivement des adhérences à la paroi abdominale antérieure (obs. XXIX et plusieurs cas cités par MÉRIEL, cas de Best). La muqueuse, elle aussi, est, en général, rouge et hypertrophiée. Très souvent (obs. II), on trouve des ulcérations à son niveau. Dans l'observation de RUSSEL citée par MÉRIEL, ces ulcérations avaient entraîné de graves hématoméses, et dans celle de RITCHIE rapportée par le même auteur, une ulcération avait abouti à une perforation. La présence de petits polypes a été relevée dans quelques observations (obs. XXII, XXIII, XXVI).

Disons enfin que parfois la muqueuse est hérissée de poils ayant pénétré dans les orifices glandulaires, ce qui lui donne un aspect particulier en tapis-brosse.

2) DE L'INTESTIN :

Les lésions sont celles de toute obturation intestinale par corps étranger :

1) au-dessus de l'obstacle : paroi rouge, congestionnée, augmentée de volume.

2) au-dessous, intestin vide, aplati.

3) au niveau du corps étranger, intestin le plus souvent contracté sur lui, mais le corps étranger peut être mobile. Les parois intestinales sont amincies et peuvent présenter des ulcérations dont l'aboutissant est la perforation : (obs. XIX).

Nous avons relevé un seul cas où le trichobézoar avait entraîné un début d'invagination (obs. XIX).

3) DU PÉRITOINE ET DES LYMPHATIQUES :

On peut rencontrer dans le territoire lymphatique correspondant au siège des trichobézoars des adénopathies parfois volumineuses : la présence de gros ganglions mésentériques incita SPRENGEL à penser que la tumeur intestinale qu'il avait sous les doigts était une tumeur maligne, et l'engagea à pratiquer une résection intestinale. Les réactions péritonéales font défaut dans les cas non compliqués. Quand il existe une occlusion, on peut observer un épanchement séreux dans la cavité péritonéale. Dans notre observation I, le liquide épanché avait une teinte nettement ictérique, fait qui a été relevé par SFIDMAN dans une obstruction due à un phytobézoar. Nous n'insisterons pas sur les classiques lésions péritonéales qui existent lorsqu'une perforation gastrique ou intestinale s'est produite.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous étudierons d'abord les trichobézoars gastriques qui sont les plus fréquents, réservant la description des autres localisations aux formes cliniques.

DÉBUT :

Tous les auteurs signalent que les trichobézoars restent longtemps ignorés, silencieux et latents et cette phase de latente se retrouve dans toutes les observations. Elle s'explique par le fait que les tumeurs pileuses doivent acquérir un volume assez important et remplir entièrement l'estomac pour que l'individu qui en est porteur cherche un secours médical ou chirurgical (CARLTON). Ce silence qui accompagne leur développement continu peut persister très longtemps, parfois toute la vie. Au hasard de nos observations, nous notons les chiffres suivants : 6 ans (obs. V), 2 ans (obs. XII), 18 ans (obs. XXIII), etc. Il paraît donc arbitraire de décrire une phase de début, aussi, dans notre étude, grouperons-nous les symptômes sous deux chefs :

- 1) les signes fonctionnels généraux ou physiques qui les premiers ont attiré l'attention du malade et l'ont amené à consulter.

2) les renseignements fournis par l'examen physique.

1°) *Les manifestations qui motivent l'examen médical* sont très variables :

Parfois, le trichobézoar est une *découverte fortuite au cours d'un examen complet*. C'est ainsi que dans l'observation IX, il fut découvert chez une enfant amenée par sa mère pour des troubles respiratoires.

Ailleurs, c'est la seule *constatation d'une tumeur abdominale* qui inquiète le malade ou son entourage (obs. V, XII, XXVI). Chez la petite malade de MÉTIVET, les parents avaient constaté, 2 ans avant l'examen, une tumeur dure et indolente. Il n'existait aucun trouble fonctionnel, ni aucun signe d'altération de l'état général. Dans l'observation V, l'augmentation du volume de l'abdomen due à la tumeur avait précédé de près d'un an l'apparition des premières manifestations fonctionnelles. Celles-ci étaient survenues deux ans après la constatation d'une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen dans l'observation XXVI.

Dans l'immense majorité des cas, cependant, ce sont des douleurs associées le plus souvent à des troubles gastro-intestinaux qui apparaissent en premier lieu. Nous relevons cette éventualité 16 fois sur 25 cas de trichobézoars gastriques ou gastro-intestinaux.

Pour CARLTON, la *douleur* serait le premier signe en date ; elle a une relative constance, puisque nous l'avons notée 13 fois. Douleurs épigastriques ou abdominales avec prédominance dans l'hypocondre

droit ou gauche, avec, ou sans irradiations, continues ou discontinues, calmées quelquefois par les aliments, sans horaire fixe, pouvant survenir par crises plus ou moins régulières, douleurs minimales ou violentes, tout peut se rencontrer, mais l'élément douleur garde toute son importance.

Les *vomissements* sont également très fréquents. Nous les avons vu mentionnés dans 12 de nos observations. Ils sont alimentaires, liquides, amers, glaireux, bilieux, muqueux et acides, fréquents ou non, survenant près ou loin des repas et même à jeun. Ils ont parfois un caractère sédatif, à tel point que la malade peut les provoquer elle-même (obs. VI). Ailleurs, il ne s'agit que d'un simple état nauséeux.

L'*inappétence* générale, sans dégoût particulier, existe dans quatre observations. Enfin, nous relevons un seul cas d'*hématémèse* (obs. XXIII).

Tous ces troubles dyspeptiques ont des caractères absolument banaux. Insistons, cependant, sur un symptôme un peu particulier, mais qui n'est retrouvé que dans les trichobézoars volumineux : c'est la *sensation précoce de plénitude* gastrique survenant peu après le début du repas (obs. XXII, VI).

Dans quelques cas, aux troubles dyspeptiques s'ajoutent des *manifestations intestinales* (obs. XXX, XXXI, XXXIII) : diarrhée, alternatives de constipation et de diarrhée, leur prédominance a pu réaliser un tableau de colite ou d'entérocolite.

Il convient de signaler que, très souvent, l'évolution de ces troubles gastro-intestinaux se fait par crises séparées par des phases d'accalmie. Nous avons

retrouvé dans trois observations, avec une particulière netteté, ce caractère *d'accidents à répétition*. A titre d'exemple, voici succinctement rappelé le déroulement des symptômes de la malade de l'observation XXIII : Début à l'âge de 13 ans par des douleurs épigastriques, de l'inappétence, des nausées et des vomissements ; constatation d'une tumeur abdominale du volume d'un œuf. Au bout d'un an, les signes fonctionnels disparaissent bien que la tumeur continue d'augmenter. 8 ans plus tard, réapparition des mêmes accidents pendant 3 mois. Nouvelle phase d'accalmie, mais avec santé médiocre d'une durée de 5 ans. Troisième épisode à 26 ans, puis à 31 ans. L'évolution des troubles fonctionnels est absolument analogue dans les observations III et XV.

2°) EXAMEN :

Symptômes généraux :

Malgré l'existence de troubles digestifs, l'état général reste longtemps excellent. L'estomac présentant vis-à-vis de ces corps étrangers une tolérance surprenante. Avec MAËS, il convient même de souligner la discordance qui existe entre l'absence d'atteinte de la santé générale et la fréquence des troubles digestifs. Cependant, parfois, on relève de l'amaigrissement, de l'anémie, qui joints à l'inappétence et surtout à la constatation d'une tumeur épigastrique peuvent faire évoquer le diagnostic de tumeur maligne. Dans l'observation II, cette impression ne fut pas infirmée après la laparotomie et une gastrectomie intempe-

ive fut pratiquée. BÉCLÈRE, dans l'observation III, pensant lui aussi à une tumeur maligne, conseille la radiothérapie.

Signes physiques :

Ce que nous avons dit de l'extrême tolérance de l'estomac vis-à-vis des trichobézoars, de l'absence, en règle, de l'altération de l'état général, enfin, du caractère intermittent des troubles digestifs, expliquent que, dans la majorité des cas, les malades n'aient été vus que porteurs de volumineux trichobézoars. Nous n'avons relevé, en effet, que 4 cas (obs. III, XII, XVII, XXX) où l'examen décelait des tumeurs de volume relativement réduit. Les signes physiques étant différents dans ces deux cas nous les étudierons donc successivement :

a) D'un volume et de forme variables, soit arrondie et lisse, comme une orange, (obs. VII), soit piriforme (obs. III), soit légèrement incurvée en forme de haricot (obs. XII), ces petites tumeurs sont, en général, de consistance dure et parfaitement indolentes. On les trouve à l'épigastre, dans la région sous-hépatique ou, encore, sous le rebord chondro-costal gauche. Leur caractère physique dominant est leur extrême mobilité. Non seulement, elles suivent les mouvements respiratoires, mais surtout, on peut les refouler et les faire disparaître sous l'auvent costal gauche, les déplacer latéralement et en bas vers l'ombilic et la région sous-costale droite. Ce caractère de mobilité extrême explique le terme de « tumeur à éclipse » retrouvé dans quelques observations. L'observation III

est un exemple démonstratif de ces faits. Chez la malade qui en fait l'objet, GILBERT décèle une tumeur arrondie, sous-hépatique, qui quelque temps après, n'est pas retrouvée par BROCA même après laparotomie. Quelques mois plus tard, ayant augmenté de volume, elle est de nouveau perceptible.

b) Mais, en général, les trichobézoars gastriques se présentent sous l'aspect de *tumeurs volumineuses*, dont la symptomatologie est plus bruyante.

1°) A l'inspection, elles se manifestent, en effet, par une voussure occupant la région épigastrique ou faisant saillie un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Chez certains sujets maigres, il a même été possible de constater leur abaissement lors du passage à la station verticale.

2°) La palpation permet de découvrir une tumeur occupant, en règle, l'hypocondre gauche et la région sus-ombilicale et pouvant même, quand il s'agit de trichobézoars très volumineux, dépasser l'ombilic et franchir la ligne médiane pour atteindre l'hypocondre droit. La tumeur est, en général, incurvée en croissant, présentant la forme d'un estomac distendu ou ptosé, ses contours sont bien limités avec, fréquemment, une incisure concave en haut sur le bord supérieur. De consistance dure, indolente au palper, leur surface est lisse, parfois bosselée.

Quelques caractères sont un peu particuliers à ces tumeurs :

1°) Elles présentent, en effet, deux segments : l'un inférieur abdominal, toujours facilement accessible ; l'autre supérieur s'engage sous les fausses côtes et

l'impossibilité de glisser la main entre la tumeur et le rebord chondro-costal rend inaccessible le pôle supérieur.

2°) Leur grande mobilité est encore un signe particulier. Elles se déplacent souvent avec les mouvements respiratoires. Les changements de position du malade entraînent leur déplacement : le decubitus latéral droit les fait glisser vers la ligne médiane qu'elles peuvent même dépasser, la station verticale abaisse leur pôle inférieur, la position genu pectorale les rapproche de la paroi abdominale antérieure. Par le palper, on apprécie encore plus exactement cette mobilité ; presque toujours, il est possible facilement de les déplacer dans les deux sens : vertical et latéral. Parfois, la tumeur se mobilise transversalement, mais on ne peut la refouler de bas en haut ; ailleurs, cette mobilité n'existe que dans le sens vertical ; il est facile de repousser la tumeur dans l'hypocondre gauche et de l'enfoncer presque complètement sous le rebord costal ; au cours de cette manœuvre pratiquée en position assise, on a pu obtenir (obs. VI) un ballotement très net dans le sens de la hauteur, la tumeur redevenant libre, s'abaissant à sa position première dès que la pression ne s'exerce plus.

Restent deux symptômes peut-être plus décisifs :

— Dans l'observation I, l'existence d'un durcissement intermittent de l'estomac visible, d'ailleurs, sous forme d'une ondulation progressant de gauche à droite et accompagnée d'un bruit hydro-aérique, estompait par moments la perception de la tumeur et

la netteté de ses contours. Ce symptôme, s'il n'est pas pathognomonique des trichobézoars, permet, cependant, d'affirmer la présence d'une tumeur intragastrique.

— HUTTENBACH, DAURIAC, DAVIES ont constaté successivement l'existence d'une sensation particulière de crépitation profonde rappelant celle de l'emphyseme, et qui s'expliquerait par le frottement des cheveux contre la paroi gastrique. Bien que nous ne l'ayons retrouvé que trois fois mentionnée (XXIII, XXV) dans nos observations, il nous paraît utile de recommander sa recherche systématique toutes les fois que l'on soupçonnera un égagropile gastrique.

3°) La percussion montre, en règle, la matité de la tumeur dans sa portion abdominale et sa sonorité dans son segment sous-costal gauche. La matité de la tumeur reste, en général, distincte de la matité hépatique ; cependant, l'existence d'une zone de sonorité entre le foie et la tumeur est inconstante.

On trouve parfois un léger degré de météorisme abdominal et des signes d'un épanchement discret d'ascite (obs. II).

4°) L'insufflation gastrique a été pratiquée surtout dans les observations anciennes. Pour MYCH, la diminution ou l'absence d'expansion de l'estomac à l'insufflation serait assez caractéristique et aurait une certaine valeur. Ce symptôme dépend, comme le fait remarquer cet auteur, non seulement de l'hypertrophie des parois gastriques, mais du volume du trichobézoar. Dans le cas où l'épreuve est positive, l'insufflation estompe la netteté des contours de la tumeur.

Signalons, enfin, que l'insufflation rectale souligne le contour inférieur de la tumeur par une bande de sonorité colique.

Les ressources tirées de l'examen radiologique enlève actuellement tout intérêt à ces examens.

EXAMEN RADIOLOGIQUE :

L'importance diagnostique de l'examen radiologique ressort de l'étude des observations anciennes où les auteurs privés de ce mode d'investigation arrivaient très rarement à reconnaître la véritable nature de l'affection. Dans une statistique de 47 cas rapportés par MATAS en 1915, il y avait seulement 1/10 de diagnostics exacts. Dans le travail de MÉRIEL, de 1903, sur 31 cas, un seul diagnostic exact avait été porté avant l'intervention ou l'autopsie.

Au contraire, dans toutes les observations récentes comportant une enquête radiologique, le diagnostic correct fut souvent affirmé. 12 de nos observations comportent un examen aux rayons X : 7 fois, le diagnostic de trichobézoar fut porté, 2 fois, on a reconnu qu'il s'agissait d'un corps étranger gastrique, 3 fois seulement, malgré l'enquête radiologique, la véritable nature de l'affection ne fut pas précisée. Il faut, d'ailleurs, remarquer que dans ces trois cas, l'examen aux rayons fut incomplet et ne comportait pas, en particulier, d'ingestion de substance de contraste.

1°) *Examen sans préparation :*

Il décèle l'ombre d'opacité homogène de la tumeur, reproduisant la forme de l'estomac qui se projette

dans la zone claire gastrique. Parfois distincte, elle se confond, dans d'autres cas, avec l'ombre hépatique. Ses contours sont soulignés par les clartés environnantes : en bas et à gauche, le colon transverse, en haut, elle est surmontée par la poche à air et la clarté de l'angle splénique. Elle est nettement distincte de l'opacité de la rate (obs. I).

2°) *Après ingestion de substance de contraste :*

Le mode de remplissage est troublé : tantôt, la bouillie opaque reste comme suspendue au cardia sous forme d'une calote coiffant le pôle supérieur de la tumeur. Au bout d'un certain temps, elle finit par filtrer entre celle-ci et la paroi gastrique. Tantôt, la bouillie descend le long de la petite courbure avant de gagner le bas-fond gastrique.

Après remplissage, le corps étranger reste libre dans la cavité gastrique où il dessine, soit une ombre, soit une zone claire ou moins obscure au milieu de la zone opaque de la baryte qui en dessine les contours.

Le pôle supérieur, convexe en haut, de l'ombre tumorale fait saillie dans la poche à air qui ne surplombe pas comme normalement le liquide de contraste, mais coiffe le sommet du trichobézoar.

On retrouve, sous l'écran, l'extrême mobilité de cette tumeur ; par la pression, on la refoule au-dessus du contenu opaque de l'estomac jusque sous le diaphragme. Dans l'observation IX, on la mobilisait dans l'estomac comme le testicule dans sa vaginale.

Le péristaltisme est parfois intact. Tantôt, il est troublé : les contractions sont rares et peu profondes (VI).

L'évacuation peut se faire dans les temps normaux (obs. IX) ; tantôt 6 heures après l'ingestion, il persiste un peu de liquide opaque dans le bas-fond gastrique (obs. VI).

Après l'évacuation de l'estomac, il est assez caractéristique de retrouver l'ombre mobile du trichobézoar encore imprégnée de baryte.

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS

1°) GUÉRISON SPONTANÉE.

Elle est possible seulement quand il s'agit d'égagropiles peu volumineux. Dans le cas de CRAWFORD, 1852, la guérison survint à la suite de l'expulsion des égagropiles dans les vomissements et les selles. Avec HUTTENBACH, il convient d'insister sur le caractère tout à fait exceptionnel de cette guérison spontanée. 21 cas non traités, relevés par l'auteur en 1912, avaient entraîné la mort du fait de l'inanition ou de complications.

2°) NON TRAITÉS.

L'évolution est fonction du volume et du nombre des égagropiles. Certains pouvant migrer dans l'intestin grêle, d'autres, au contraire, augmentant de volume dans l'estomac et finissant par entraîner des complications.

a) *Accidents de migration :*

Il est évident que, seuls, les égagropiles peu volumineux peuvent franchir le pylore et migrer dans l'intestin. Ce passage entraîne un syndrome d'obs-

trusion pyloro-duodénale que nous avons retrouvé avec netteté dans l'observation I et XXVIII : crises douloureuses de l'épigastre et de l'hypocondre droit, vomissements abondants et répétés de liquide bilieux, signe de dilatation gastrique. Ce tableau d'obstruction a persisté respectivement 2 et 3 jours. Il s'est accompagné dans l'observation I de la perception du corps étranger, cause de l'obstruction, sous forme d'une petite tuméfaction sous-hépatique arrondie et douloureuse, qui fut interprétée à tort comme une grosse vésicule. Cette obstruction pyloro-duodénale peut s'accompagner d'un retentissement hépatique avec subictère, hyperthermie en flèche (obs. I). Il convient de ne pas méconnaître la véritable nature de ces accidents, de façon à intervenir précocement, sans attendre un cheminement plus prolongé dans l'intestin où ils peuvent provoquer, comme nous le verrons, des accidents d'occlusion.

b) Les tumeurs gastriques plus volumineuses restent sur place et augmentent lentement de volume. Comme nous y avons insisté à plusieurs reprises, elles sont très longtemps tolérées ; mais à la longue, elles finissent par retentir sur la nutrition du sujet, entraînant, mais seulement au bout de nombreuses années, un état d'amaigrissement, d'inanition aboutissant à une cachexie terminale avec parfois anasarque, (cas de Bollinger). La mort ne survient qu'après une longue évolution, 15 ans et plus dans le cas de POLLACK cité par MÉRIEL, 22 ans dans l'observation XXIX.

Parfois, la mort survient à la suite d'une compli-

cation telle qu'une perforation de l'estomac ou du duodénum aboutissant à une péritonite généralisée. Presque tous les cas publiés concernent des observations anciennes. MÉRIEL rapporte 4 cas de péritonite mortelle due à des Bézours gastriques (cas de POLAND, 1851, RICHTE, 1889, cas de BEST, 1869, de BUCKWILL).

Formes cliniques

FORMES SYMPTOMATIQUES.

1°) Tout Trichobézoar gastrique présente, nous l'avons vu, une période de latence. Mais il existe de vraies *formes latentes* où durant la vie du sujet le trichobézoar est resté ignoré et n'a été découvert qu'à l'autopsie.

2°) Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut individualiser :

a) des formes à allure pseudo-néoplasique. Dans l'observation II, l'association de signes d'altération de l'état général à la constatation d'une tumeur épigastrique fit évoquer le diagnostic de tumeur maligne, impression qui persista même après la laparotomie et entraîna une gastrectomie.

b) des formes caractérisées par des accidents à répétition (obs. III, XV, XXVII) séparés par des phases d'accalmie souvent très longues.

c) enfin, on pourrait multiplier les aspects cliniques et décrire des formes douloureuses intestinales, etc.

FORMES TOPOGRAPHIQUES.

1°) *Trichobézoars intestinaux* :

Si l'on met à part les prolongements duodéno-jéjunaux qui accompagnent parfois les éga-gropiles gastriques, la localisation intestinale des trichobézoars est très rare. En 1912, SPRENGEL en publiant son observation, notait qu'elle était seulement la quatrième. LAFOURCADE, en 1917, à propos d'un cas personnel disait ne pas avoir trouvé de cas relaté dans les classiques et les publications spéciales des vingt dernières années. En 1939, DUARTE communiquait une observation d'occlusion intestinale aiguë par trichobézoar qui serait le 5^e cas publié ; les autres appartenant à PARODY, NION, SCOTT TURNER, BREWSTES, WILMOTH, à propos d'un rapport sur une observation de LOUSSOT et DOSSER insistait sur la rareté des complications occlusives des tumeurs pileuses du tube digestif ; il n'avait relaté que le cas de LANGEONDOWN cité par MÉRIEL en 1903. Peut-être le siège intestinal des trichobézoars est-il un peu moins rare qu'on l'a prétendu ; sur 33 observations, nous avons relevé, en effet, 8 cas concernant des localisations intestinales (obs. XVI, XVIII, XXIV, XXVII, XXVIII, I, XI, XIX) dont 5 avaient trait à des trichobézoars intestinaux purs (obs. XVI, XVIII, XXIV, XXVII, XXVIII) et 3 concernaient des associations gastriques et intestinales (obs. I, XI, XIX).

Symptômes :

Le plus souvent, la migration intestinale des éga-

gropiles s'accompagne tôt ou tard de leur fixation dans l'intestin grêle, où ils provoquent des accidents d'occlusion qui peuvent être précédés, nous l'avons vu, par des signes de sténose pyloro-duodénale. Les manifestations d'obstruction intestinale évoluent, en règle, d'une manière subaiguë (obs. XXIV). Dans les cas de LAFOURCADE et de LOUSSOT et DOSSER, le début des accidents remontait à une semaine, lorsque les auteurs virent les malades. Dans l'obs. I et XVIII, l'intervention est pratiquée trois jours après le début des symptômes d'occlusion. Nous trouvons dans une de nos observations (I), que les signes d'obstruction intestinale ont eu une évolution en cascade avec crises douloureuses, accompagnées de vomissements et de météorisme abdominal, séparées par des phases de répit où les signes fonctionnels s'amendaient en même temps que le météorisme s'atténuait.

Outre la présence de signes d'occlusion intestinale qui s'imposent, l'examen doit chercher à mettre en évidence l'existence du trichobézoar. 5 fois sur 8, celui-ci fut découvert sous la forme d'une petite tumeur abdominale mobile, de consistance ferme, parfois allongée en boudin (I), de volume, en général, modéré, mais pouvant atteindre celui du poing (obs. XIV). Son siège est très variable. On la découvre dans la fosse iliaque droite (I et XXIV), dans la région sus-ombilicale (XVI), dans l'hypocondre droit (XI). Il est permis de penser que dans les formes où l'occlusion a une marche subaiguë, des examens successifs pourraient montrer les déplacements de la tumeur perçue.

L'examen radiologique peut être très utile pour déceler l'occlusion avant que les signes cliniques soient patents dans les cas à évolution subaiguë. On n'a eu recours à cet examen que dans une seule observation (I). Mais cette exploration faite un peu trop tardivement n'a fait qu'affirmer un diagnostic devenu cliniquement évident. Peut-être est-il permis de penser qu'une exploration radiologique rigoureuse pourrait montrer l'image opaque du corps étranger. Dans un cas de phytobézoar intestinal, rapporté dans la thèse de SEIDMAN, le cliché montrait une anse intestinale très dilatée avec une tache irrégulière mobile sous le rebord du foie. Toujours dans le même ordre d'idée, en envisageant l'examen radiologique fait précocement avant les signes décisifs d'occlusion, on peut penser que l'ingestion prudente de baryte, en dessinant les contours du trichobézoar, pourrait permettre un diagnostic lésionnel et topographique précoce.

Evolution :

Il ne faut pas compter sur la guérison spontanée due à l'évacuation du corps étranger dans les selles. La mort est en effet de règle dans les cas non opérés. Elle est due aux progrès de l'occlusion, à laquelle s'ajoutent très fréquemment des altérations des parois intestinales aboutissant à une perforation qui entraîne une péritonite généralisée. Beaucoup plus rarement, il peut s'agir de perforation couverte comme dans l'observation XIX où COLLINS intervenant pour un trichobézoar gastrique avait découvert, en

outre, trois autres masses dont l'une avait ulcéré la paroi intestinale et provoqué une perforation couverte par de l'épiploon. L'évolution de ces perforations vers une péritonite enkystée, spontanément curable, reste rarissime et le cas de BUFFON évoqué par COMBY est probablement unique ; l'égagropile avait entraîné un phlegmon pyo-stercoral de la fosse iliaque droite qui se fistulisa spontanément ; longtemps après, par la fistule, fit issue un cordon de poils semblable à des cheveux. La fistule finit par se tarir et 7 mois après on remarqua, sortant par l'anus, un cordon pileux dont la traction déterminait une dépression de la cicatrice de l'ancienne fistule.

2°) Il faut maintenant insister sur la *coexistence* possible des *trichobézoars gastriques et intestinaux*. D'après le relevé que nous avons pu faire, c'est la forme topographique la plus rare, puisque nous notons :

- 22 localisations gastriques.
- 5 localisations intestinales.
- 3 localisations mixtes : gastriques et intestinales.

Au point de vue clinique, il semble que ce soient les manifestations dues aux trichobézoars gastriques qui dominent la scène et soient les premiers en date, les phénomènes d'occlusion n'apparaissant que secondairement (obs. I, XI et XIX). A priori, il paraît possible, cependant, que la succession inverse des faits se réalise, bien que nous n'en ayons pas trouvé d'exemple.

3°) A côté des trichobézoars qui, du fait de leur volume, restent inclus dans l'estomac ou l'intestin, il y a lieu de mettre à part les cas où de *petits égagropiles, souvent multiples*, traversent le tube digestif sans s'y fixer en ne donnant lieu à aucun accident sérieux.

Leur guérison spontanée est la règle, ce sont de véritables formes médicales de l'affection. Dans les deux observations que nous avons pu analyser, les troubles consécutifs à la migration des trichobézoars dans les divers segments du tube digestif étaient des plus banaux : tableau d'entérocolite avec fièvre, coliques, diarrhée glaireuse (obs. IV), inappétence, selles mal liées, fétides, altération de l'état général (obs. VIII). Les deux seuls symptômes pouvant éveiller l'idée de trichobézoar sont, d'une part, la présence de petites tumeurs abdominales migratrices senties dans la fosse iliaque droite, par exemple, et dans la fosse iliaque gauche peu après, et d'autre part, la découverte par l'interrogatoire ou l'examen de signes de trichophagie. Il faut bien avouer que le seul moyen d'en établir le diagnostic ferme est la constatation de ces corps étrangers dans les selles.

La guérison spontanée de ces formes est la règle, mais il sera utile, dans les cas où le diagnostic sera posé, de faire des radiographies après ingestion barytée, pour vérifier l'intégrité du tube digestif, précaution qui permettra d'affirmer que tous les corps étrangers qui, nous le savons, sont d'ordinaire multiples, ont été évacués.

DIAGNOSTIC

POSITIF.

Cliniquement, devant un ensemble de symptômes, on doit songer à la possibilité d'un trichobézoar gastrique. Rappelons à ce sujet la valeur de certains d'entre eux : dans la banalité des troubles fonctionnels, le caractère un peu particulier de sensation précoce de plénitude gastrique au commencement du repas, l'évolution discontinue des accidents, le contraste qui existe entre une santé longtemps inaltérée et la présence d'une tumeur sus-ombilicale volumineuse ont déjà une valeur évocatrice. Mais surtout certains caractères de la tumeur perçue devront mettre en éveil : sa topographie avec deux segments : l'un supérieur inaccessible, caché sous les fausses côtes, l'autre inférieur abdominal très superficiel perçu sous la paroi ; son extrême mobilité, la présence parfois d'un durcissement intermittent estompant momentanément ses contours, enfin l'existence d'une sensation de crépitation profonde rappelant celle de l'emphysème.

Bref, toutes ces notions, surtout si elles sont constatées chez un sujet jeune ou un enfant, en particu-

lier, du sexe féminin, doivent, comme nous l'avons dit, éveiller l'hypothèse de trichobézoar gastrique.

Pour étayer ce diagnostic, il convient alors de rechercher minutieusement par l'examen ou par l'interrogatoire, les preuves de la trichophagie.

Sans doute, le diagnostic sera presque d'emblée évident lorsqu'on pourra constater comme dans les observations XXIV, XXII, VI, l'existence de plaques plus ou moins étendues d'alopécie. Mais, en règle, ces symptômes font défaut. On pourrait, à la rigueur, recourir, comme cela a été préconisé, à la détection des cheveux dans les selles ou dans le liquide gastrique retiré par tubage.

Souvent, ces examens seront muets, mais un interrogatoire patiemment conduit et dirigé pourra recueillir des aveux décisifs. Pour souligner la valeur de cet interrogatoire, rappelons, à titre d'exemple, l'observation de BROCA (III) où le diagnostic avait passé par de telles vicissitudes (kyste hydatique, sarcome, tumeur maligne intra-gastrique, épiploïte tuberculeuse) jusqu'au jour où mis en éveil, il apprit des parents que l'enfant, à l'âge de 2 ans 1/2 avait perdu ses cheveux sur la partie droite de la tête, et que chaque matin, on trouvait dans ses mains des touffes de cheveux arrachés la nuit. Il faut, cependant, être prévenu de l'impossibilité d'obtenir un aveu spontané, du fait d'une dissimulation voulue ou inconsciente parce que jugée sans importance.

En dernière analyse, l'examen radiologique sans et surtout avec préparation permettra de lever tous les doutes. Nous avons suffisamment insisté en com-

parant les observations anciennes où cet examen n'était pas pratiqué et celles récentes où il était mis en œuvre, sur la valeur du radiodiagnostic des trichobézoars gastriques.

DIFFÉRENTIEL.

1°) *Des Trichobézoars gastriques :*

Les affections avec lesquelles ont été confondues les trichobézoars gastriques sont excessivement nombreuses et d'une façon générale, on peut dire que presque tous les diagnostics de tumeurs ou lésions abdominales ont été évoqués. Disons que ces erreurs ont été surtout commises autrefois ; souvent, plusieurs diagnostics ont été successivement émis chez le même malade au cours de l'évolution, témoin l'observation III où l'on a pensé à un kyste hydatique, sarcome, tumeur maligne intra-gastrique, épiploïte tuberculeuse. Rappelons, à titre d'exemple, les statistiques de MATAS en 1915 où sur 47 cas, il y avait seulement 1/10 de diagnostics corrects et celle de MÉRIEL, 1903, où sur 31 cas rapportés, seul celui de STELNEZER était exact.

a) Nous ne ferons que mentionner le cas de l'observation XXV où l'existence chez une femme de 34 ans d'une aménorrhée de 8 mois et d'une augmentation de volume de l'abdomen datant de 6 mois, avait fait évoquer le diagnostic de grossesse et envoyer la malade dans une maternité où le diagnostic fut réformé au profit d'une tumeur gastrique indéterminée.

Citons encore les confusions qui ont été faites avec les tumeurs du foie (III), du côlon (BEST), les diagnostics erronés d'épiploïte tuberculeuse (III), de péritonite bacillaire enkystée, de tumeur du mésentère, du pancréas, voire d'hématomes rétro-péritonéaux.

Le plus souvent, les trichobézoars ont été confondus avec des splénomégalias (obs. V, IX, VII, XXIII) ou des tumeurs du rein (obs. XII, ALLEN, SCHONHORN, SHULTEN). Dans l'observation de MÉTIVET (obs. XII), deux chirurgiens consultés avaient posé le diagnostic de sarcome du rein. Pensant plutôt à une anomalie rénale, MÉTIVET avait demandé un examen radiologique de l'appareil urinaire, qui, montrant l'intégrité de celui-ci, avait orienté les investigations du côté de l'estomac.

b) Quand le diagnostic topogastrique a été porté exactement, on a songé le plus souvent à une tumeur maligne de l'estomac surtout quand, à la lésion locale s'ajoutaient des signes d'altération de l'état général (III), cas anciens de BEST, MAY SUN, BOLLINGER). Dans l'observation II, cette méprise persista même après la laparotomie et entraîna une gastrectomie intempestive.

c) Le siège intra-gastrique de la tumeur ayant été reconnu, il sera plus facile d'éliminer les tumeurs pédiculées intra-gastriques. Enfin, il restera à faire la discrimination avec les autres bézoars : phyto-bézoars, bézoars de laque en se rappelant, d'ailleurs, que les deux types peuvent être associés : trichophytobézoars.

2°) *Des Trichobézoars intestinaux :*

Les Trichobézoars intestinaux peuvent parfois être une découverte opératoire au cours d'une intervention pour une masse épigastrique. Dans l'observation XIX, COLLINS trouve 3 égagropiles dans le début du jéjunum. Le plus souvent, les malades ont été opérées avec le diagnostic, ou d'obstruction, ou d'occlusion intestinale (obs. XVI et XVIII, XXVIII), parfois, avec celui d'invagination (XXIV), et c'est seulement la laparotomie qui montre la véritable cause de l'occlusion. Mentionnons que SPRENGEL devant une adénopathie mésentérique volumineuse consécutive à un trichobézoar intestinal pense être en présence d'une tumeur maligne qui l'incite à faire une résection intestinale.

Nous relevons, par contre, que dans deux cas sur trois où il y avait coexistence de trichobézoars gastriques et intestinaux, le diagnostic exact a été porté (obs. I et XI). Sans nul doute, l'existence de la lésion gastrique avait aidé à reconnaître la cause de la véritable nature des manifestations intestinales.

TRAITEMENT

Nous étudierons successivement les mesures prophylactiques propres à empêcher le développement des trichobézoars et les mesures curatives employées contre l'affection constituée.

1° Prophylactique :

Il doit être mis en œuvre chez les enfants présentant de la trichomanie. Il mérite d'être toujours institué dans les suites opératoires des cas opérés, les récidives, comme nous le verrons, pouvant s'observer. On conçoit alors l'intérêt d'une surveillance étroite des jeunes enfants atteints de trichophagie, dont les cheveux doivent être coupés ras : l'utilité souvent d'une psychothérapie ; nous avons insisté, en effet, sur les troubles psychiques fréquemment observés chez ces malades.

2° Curatif :

Doit être étudié dans les trois éventualités suivantes :

- 1°) Trichobézoars gastriques.
- 2°) Trichobézoars intestinaux.
- 3°) Coexistence de trichobézoars gastriques et intestinaux.

I. — TRAITEMENT DES TRICHOBÉZOARS GASTRIQUES :

Tout trichobézoar gastrique diagnostiqué doit être opéré.

a) Au cours de l'intervention, le premier point important est un inventaire exact des lésions. Nous trouvons, en effet, dans l'étude de nos observations trois sortes de méprises qui ont été commises en cours d'intervention. Une seule fois, la véritable nature de la lésion a été méconnue, celle-ci prise pour une tumeur maligne gastrique entraîna une gastrectomie intempestive (obs. II). De telles erreurs sont trop exceptionnelles pour qu'on s'y arrête. Il nous paraît plus important d'insister sur la difficulté que l'on peut avoir pour déceler une tumeur pileuse petite et mobile dans l'estomac. Les petits égagropiles risquent, en effet, de passer inaperçus. BROCA, dans l'observation III, ne retrouve plus lors de la laparotomie exploratrice la petite tumeur qui avait été perçue antérieurement. Il constate seulement une petite masse qui disparaît sous sa main comme si une anse intestinale étranglée avait été réduite.

Dans le même ordre d'idée, il convient toujours de se rappeler de la possibilité d'égagropiles multiples. Lorsqu'au cours de l'intervention, on a procédé à l'extraction d'un volumineux trichobézoar gastrique, le chirurgien doit avoir pour règle d'explorer minutieusement, non seulement le reste de la cavité de l'estomac, mais de faire aussi un inventaire complet du tractus intestinal grêle sous-jacent, pour ne pas laisser ignorer un égagropile plus petit qui pourra provoquer de nouveaux accidents plus menaçants

dans les suites opératoires, comme cela se produit dans notre observation I. Faisons remarquer, en outre, que cette recherche peut être difficile, en particulier, au niveau de l'estomac où la dilatation énorme de l'organe et l'hypertrophie de ses parois rendent difficile l'exploration externe et doivent inciter à une large gastrotomie exploratrice.

b) L'intervention elle-même est ordinairement simple. Tout au moins dans les :

a) *corps étrangers gastriques sans prolongements duodéno-jéjunaux*. Elle comporte une gastrotomie suivie de suture immédiate, après ablation des corps étrangers, en 3 plans. On peut être amené à pratiquer, en outre, l'ablation de polypes muqueux, comme cela se produit dans les observations XXII et XXVI.

b) *quand on se trouve en présence d'un trichobézoar avec prolongement duodéno-jéjunal* : l'ablation complète du prolongement peut être impossible. Cette éventualité se présenta trois fois dans nos observations : XIII, XIV, XV, le prolongement s'évacua, d'ailleurs, spontanément par les selles quelques jours plus tard.

II. — TRAITEMENT DES ÉGAGROPILES INTESTINAUX :

a) L'entérotomie permettant l'extraction du corps étranger suivie d'entérorraphie est le traitement idéal qui s'applique aux cas où il n'y a pas de lésions irréversibles de la paroi intestinale.

C'est cette méthode à laquelle on a eu recours dans

quatre sur cinq de nos observations (obs. XVI, XVIII, XXIV, XXVIII).

b) En cas d'altérations de la paroi intestinale :

— la simple fistulisation du grêle est à rejeter, car elle laisse dans l'abdomen une anse malade dont les lésions peuvent progresser.

— l'extériorisation avec anastomose au pied de l'anse n'est qu'un pis-aller auquel il faudra préférer, toutes les fois que l'état général le permettra, la résection intestinale suivie d'entérorraphie. Nous ne trouvons qu'une seule observation (n° XXVII) où cette conduite fut adoptée. Pratiquée in extremis chez une fillette de 8 ans, elle ne permit pas d'éviter l'issue fatale.

III. — CŒEXISTENCE D'UN TRICHOBÉZOAR GASTRIQUE ET INTESTINAL :

Ce sont les cas où la conduite à tenir est la plus délicate. Les indications des méthodes thérapeutiques dépendront de l'état général et du degré des lésions locales. Deux éventualités sont à considérer :

a) *cas favorables* : L'état général est bon, il n'y a pas de lésions irréversibles de la paroi intestinale : on est autorisé à réaliser dans le même temps opératoire une gastrotomie et une entérotomie pour traiter les deux localisations.

b) *cas défavorables* : Il existe des altérations graves de la paroi intestinale et l'état général est mauvais : *L'intervention en deux temps* est la méthode de prudence :

a) Le premier temps s'adressera à la lésion intestinale, les accidents d'occlusion primant tout. Nous venons de voir qu'en règle il s'agira d'une résection intestinale suivie d'entérorraphie.

b) Le deuxième temps, exérèse du trichobézoar gastrique, sera fait ultérieurement. Dans l'observation I, la succession des temps opératoires fut inversée, mais la découverte du trichobézoar intestinal ne fut faite que dans les suites de l'intervention dirigée contre la localisation gastrique.

L'intervention en un temps semble, en effet, beaucoup plus périlleuse. Malgré le succès de COLLINS (obs. XIX) qui a pu pratiquer à la fois l'ablation d'un trichobézoar gastro-duodéal et la cure par résection intestinale de trois égagropiles jéjunaux ayant entraîné une perforation de l'intestin, le cas malheureux de LOUSSOT et DOSSER (obs. XI) où fut réalisée la cure de deux trichobézoars gastrique et intestinal, plaide pour la méthode plus prudente en deux temps.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

En plus des prescriptions classiques consécutives à toute intervention sur le tube digestif, il nous paraît utile de recommander l'aspiration gastro-duodénale continue. Dans les trichobézoars gastriques, elle permettra de mettre l'estomac suturé au repos et à la dilatation de régresser ; dans les trichobézoars intestinaux, elle favorisera la reprise du péristaltisme de l'intestin en même temps qu'elle contribuera à désintoxiquer le malade.

Résultats

1°) IMMÉDIATS :

1) *Trichobézoars gastriques* :

La gastrotomie isolée donne d'excellents résultats. HUTTENBACH rapporte 27 cas de guérisons sur 27 opérations, MYCH en 1912 : 34 guérisons sur 35 opérations.

Dans nos observations : 17 guérisons sur 18 opérations.

2) *Trichobézoars intestinaux* :

Sur 5 cas opérés, nous trouvons un cas de mort concernant une résection intestinale pratiquée in extremis chez une fillette et 4 cas de guérisons à la suite d'une simple entérotomie.

3) *Trichobézoars gastriques et intestinaux* :

La rareté de la coexistence chez le même malade de trichobézoars gastrique et intestinal ne permet pas de se faire une idée sur la gravité de l'intervention chirurgicale dirigée contre cette double localisation. Nous ne comptons, en effet, que trois cas de cette catégorie opérés, qui ont entraîné deux guérisons (I et XIX) et 1 mort (XI), cas opéré d'ailleurs tardivement le 7^e jour de l'occlusion. Nous avons vu plus haut que la méthode de prudence en deux temps semblait devoir être mise en œuvre dans les cas défavorables.

2°) ELOIGNÉS :

On manque, en général, de détails sur le résultat éloigné des interventions. Un point, cependant, mérite d'être signalé, c'est celui des récurrences possibles. DEWALD et MATAS ont rapporté un cas où le malade fut opéré plusieurs fois en quelques années et BENNETT a publié une récurrence de tumeur gastrique sous forme de double localisation. Nous-même avons relevé dans l'observation XIX une récurrence gastrique et intestinale survenue chez une fillette opérée 8 ans plus tôt de trichobézoar gastro-jéjunal. Ces faits suffisent à recommander dans les suites opératoires les mesures de prophylaxie que nous avons indiquées.

OBSERVATIONS

Observation n° I. — Observation inédite (Dr. NAULLEAU).

Yvette M..., 13 ans, nous est adressée le 17 juin 1943 pour des crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements. Douée d'une santé robuste, cette enfant a présenté il y a 18 mois une maladie que son médecin traitant n'a pu étiqueter, nous dit-il, d'une façon précise et qui s'est manifestée par une hépato-splénomégalie modérée avec légère anémie et hyperleucocytose. Le début des accidents actuels remonte au 15 juin. Après un dîner copieux la veille, l'enfant ressent le lendemain matin une douleur dans la région sus-ombilicale et vomit. Durant la journée, les douleurs réapparaissent par crises et les vomissements se reproduisent. Devant un abdomen plat et souple, un pouls et une température normaux, le médecin attribue ces troubles fonctionnels aux excès alimentaires de la veille. Le lendemain, légère accalmie, les crises douloureuses sont moins violentes, mais chaque ingestion de liquide provoque un vomissement. Le surlendemain, aucune amélioration, l'enfant souffre toujours et vomit ; aucune émission de gaz, ni de selles depuis le début des accidents. L'abdomen est un peu ballonné ; hoquet, pouls plus rapide, température 37°8. La tension est abaissée. La petite

malade m'est adressée. Je l'examine le 17 juin à 22 heures :

Fillette au teint mat, d'aspect robuste, mais fatiguée, traits tirés. Température 37°9. Pouls 90. Quelques gaz ont été émis dans les heures qui précèdent. Par intermittences, elle s'agite et se plaint, les douleurs paraissent être d'intensité modérée, l'abdomen n'est pas ballonné ; la paroi se mobilise avec la respiration. Elle est soulevée au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic par une voussure. A ce niveau, le palper perçoit une masse allongée, ferme, dont le grand axe est oblique en bas et à droite. En haut, elle disparaît sous le rebord chondro-costal gauche ; en bas, son pôle inférieur descend à deux travers de doigt au-dessus et à gauche de l'ombilic. La partie accessible de cette tumeur mesure 6/6 cm. Elle est mate dans sa portion abdominale, sonore au niveau de son segment sous-costal. Trois caractères retiennent surtout mon attention. *La tumeur est superficielle*, immédiatement sous la paroi, à travers celle-ci, on peut la pincer transversalement ; *elle est surtout extrêmement mobile*. Spontanément, le décubitus latéral droit provoque son léger déplacement vers la ligne médiane ; mais au palper on la refoule avec une facilité déconcertante vers l'épigastre : son grand axe oblique devient horizontal, son pôle inférieur franchit la ligne médiane, qu'elle dépasse alors de deux travers de doigt à droite ; cette mobilisation est douloureuse. Enfin, la perception de cette tumeur et la netteté de ses contours sont par instants estompées par un *durcissement intermittent* de l'estomac visible, d'ailleurs, sous forme d'une ondulation progressant de gauche à droite et s'accompagnant de la production d'un bruit hydroaérique. Cet ensemble de symptômes me fait penser à un volumineux

corps étranger intra-gastrique et je songe à la possibilité d'un trichobézoar. Je demande à cette fillette dont la chevelure est opulente si elle mange ses cheveux. Cette question posée à plusieurs reprises avec d'autant plus d'insistance que je trouve des marques d'onichophagie, obtient toujours la même réponse négative de la part de l'enfant et de l'entourage. Bien que je doute de la véracité des dires de l'enfant dont je n'obtiendrai l'aveu spontané que quelques jours plus tard, ils ébranlent un peu ma conviction ; et tout en poursuivant mon examen, j'évoque sans m'y arrêter, l'hypothèse de splénomégalie, de lobe gauche mobile du foie. L'abdomen est souple et indolore, le toucher rectal négatif, le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Cœur et poumons normaux. Ni sucre, ni albumine.

Examen radiologique : Les signes radioscopiques sont surtout caractéristiques en position debout. La tumeur se traduit par une opacité volumineuse, dense, allongée, légèrement incurvée à droite, qui remonte sous les dernières côtes gauches. Les contours sont soulignés par les clartés environnantes : en bas et à gauche, la guirlande du côlon transverse, à droite, une étroite bande gastrique, elle est surplombée par la poche à air et la clarté de l'angle splénique entre lesquelles se projette le petit croissant opaque de la rate. L'examen en station verticale a dû être rapide car il entraîne une syncope et l'on n'a pas le loisir de le compléter par l'administration de quelques gorgées de baryte. Un coup d'œil jeté sur le reste de l'abdomen permet, cependant, de s'assurer de l'absence d'aérocolie et de niveaux liquides. En décubitus dorsal, l'image est moins instructive : l'opacité de la tumeur est soulignée uniquement par la clarté colique, on suit parfaitement le déplacement vers la droite que lui imprime la main sous l'écran.

Intervention le soir même sous éther : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac énorme, très rouge, contenant un volumineux corps étranger mobile. Incision de la paroi gastrique qui est épaissie, œdématiée. Extraction d'un volumineux trichobézoar allongé, légèrement incurvé en croissant de 21 cm. de hauteur et 18 cm. de circonférence maxima. Poids : 384 gr. (le corps étranger paraît être unique). Assèchement à l'aspirateur de la cavité gastrique qui contient peu de liquide. Suture en trois plans de l'incision gastrique. Les autres organes abdominaux ne sont pas explorés. Paroi aux calguts et crins.

Suites opératoires : Le surlendemain 19 juin, vomissement abondant verdâtre, aspiration gastrique continue pendant trois jours. Sérum sous-cutané. Du 22 au 27 juin, l'état est satisfaisant ; l'alimentation est reprise progressivement ; émission de selles et de gaz, la température s'abaisse de 38° à 37°2, le pouls de 100 à 80.

Le 27 juin, la température vespérale s'élève brusquement de 36°9 le matin à 40° et le pouls monte à 120 ; l'enfant se plaint de douleurs à l'épigastre et à l'hypocondre droit ; vomissement d'un abondant liquide verdâtre. L'estomac est de nouveau dilaté, et on perçoit immédiatement sous le bord inférieur du foie dans l'hypocondre droit une petite tuméfaction arrondie, douloureuse, que l'on interprète à ce moment comme étant la vésicule. Les conjonctives présentent un subictère qui s'accusera les jours suivants. Après un lavage d'estomac, l'aspiration gastrique est de nouveau mise en place. Dès le lendemain, chute thermique de 40° à 37°6. Les 29 et 30 juin subictère, pouls à 80, disparition de la tuméfaction sous-hépatique ; l'aspiration retire chaque jour une grande quantité de liquide trouble verdâtre. Un litre et demi de sérum quotidien.

Le 30 juin dans l'après-midi, coliques péri et sous-ombilicales surtout à gauche ; pouls plus fréquent à 90, abdomen moins plat, sensible ; un lavement salé hypertonique provoque l'expulsion de quelques gaz qui soulagent l'enfant. Les deux jours suivants, les signes d'obstruction intestinale se précisent : petites crises de coliques, pas de selles, rares émissions de gaz.

Le 3 juillet, température 37°7, pouls à 100 ; les régions péri et sous-ombilicales sont légèrement ballonnées et météorisées, pas de péristaltisme ; on décele des signes d'un épanchement intra-péritonéal abondant. Pour la première fois, on perçoit à la partie interne de la fosse iliaque droite une masse allongée, ferme, peu sensible du volume d'un poing d'enfant. Il s'agit là, sans nul doute, de la cause de l'obstruction et vraisemblablement d'un nouveau corps étranger pileux. Une radioscopie en station verticale montre plusieurs niveaux liquides surmontés de bulles gazeuses occupant surtout la partie gauche de l'abdomen. L'état syncopal de l'enfant qui, même soutenue par des lacs, supporte mal la position debout ne permet pas la prise d'un cliché.

Seconde intervention le 3 juillet : Après anesthésie de base et instillation de sérum salé intra-veineux, l'intervention est conduite sous anesthésie loco-régionale, car le repérage exact du siège de l'obstruction permet de centrer à son niveau une courte laparotomie. Epanchement séreux intra-péritonéal de teinte ictérique. L'anse grêle dilatée qui contient le corps étranger se présente aussitôt. Entérotomie et extraction d'une tumeur pileuse en forme de boudin, longue de 8 cm., pesant 85 gr. et qui obstruait presque complètement la lumière intestinale. Suture du grêle en trois plans au lin. Quelques bouffées d'éther sont données à ce moment pour

explorer le reste de l'abdomen et s'assurer de l'absence de nouveaux corps étrangers. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires : Le lendemain matin, hyperthermie en clocher à 40°6, pouls à 130. Le surlendemain matin, la température est à 37°2, le pouls s'abaisse à 90 en trois jours. L'aspiration gastrique mise après l'intervention est supprimée au bout de deux jours. Suites dès lors normales ; l'enfant quitte en bon état la clinique le 13^e jour.

Observation n° II (J. S. DAURIAC).

Fillette de 13 ans, de Tholly (Vosges), amenée le 8 octobre 1916 par le Docteur CHARLES de Remiremont, au Docteur J. S. DAURIAC, mobilisé dans la région. Enfant peu développée pour son âge, non réglée, ne paraissant pas plus de 9 à 10 ans. Ventre gros et météorisé, un peu d'ascite. On sent une énorme tumeur occupant la région sous-diaphragmatique, de consistance dure, ligneuse, mobile transversalement, fixe dans le sens vertical, pouvant se relever, mais non s'abaisser. Son bord inférieur dépasse de quatre travers de doigt la ligne ombilicale. A gauche, elle présente une corne qui plonge sous les côtes ; à droite, une corne mobile s'arrêtant dans la région de la vésicule biliaire. Dessinant sur la peau les contours de la tumeur, on a l'image d'un estomac ptosé. A la percussion, matité absolue ; à la palpation, sorte de crépitement pouvant s'expliquer par le froissement des cheveux contre la paroi gastrique (signe d'égragopile d'après le Docteur J. S. DAURIAC). Les douleurs spontanées, les nausées et vomissements, la dysphagie ont manqué dans ce cas. Pas d'adénopathie de

voisinage. Ne disposant pas d'appareil radiologique, on fut privé d'un moyen précieux d'exploration. Plusieurs hypothèses furent discutées : tumeur de la rate, tumeur du rein, sarcome de l'iléon ou du mésentère, etc. L'état général était peu satisfaisant : chétivité, maigreur, pâleur, impression de tumeur maligne.

Le 10 octobre, troisième jour de l'admission, laparotomie haute médiane. Décollement épiploo-colique, estomac libéré d'adhérences lâches. Ne songeant pas à un corps étranger, mais à un sarcome de l'estomac, le chirurgien pratique la *gastrectomie* au lieu de la *gastrotomie* que le diagnostic de tumeur pileuse aurait indiquée. Masse enlevée en totalité, du cardia jusqu'au dessous du pylore ; abouchement bout à bout de l'œsophage au duodénum par trois plans de suture (surjets au fil de lin) ; suture tapissée par une lame de péritoine empruntée, au grand épiploon. Anesthésie chloroformique bien supportée, pas de vomissements. Les jours suivants, appétit exagéré, santé vite rétablie, changement à vue.

Examen de la tumeur : Cheveux noirs très tassés, couches horizontales superposées de bas en haut, de pylore au cardia. Au niveau du cardia, les cheveux sont collés entre eux par une sorte de vernis qui rend très lisse l'extrémité supérieure de la pièce, surtout en arrière. On trouve sur la petite courbure et la paroi antérieure de l'estomac, des ulcérations de la muqueuse ; on voit aussi, sur cette paroi, une implantation de poils pénétrant dans les orifices glandulaires. La face antérieure de l'égagropile est comme ébouriffée : après la séparation de la tumeur, les poils restent implantés dans la muqueuse (aspect en tapis-brosse). Bien que la chevelure de la fillette fut d'un blond tirant sur le roux,

les poils de la tumeur, sous l'influence du suc gastrique, étaient devenus noirs. Poids de l'égragopile : 820 grammes, volume 690 cc., densité 1,02.

Le 31 mars 1917, plus de cinq mois et demi après l'opération, le Docteur CHARLES écrivait : La petite H..., se porte à merveille, mange bien, a des joues rondes et roses ; elle engraisse et ne souffre pas.

Depuis l'âge de 4 ans, on l'apprit par l'interrogatoire des parents, elle avait pris l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler, surtout la nuit. C'est à l'asile, où plusieurs de ses camarades avaient le même tic, qu'elle en aurait contracté l'habitude.

Observation n° III (A. BROCA).

Fillette née le 28 janvier 1913. Elle aurait eu à 18 mois (juillet 1914) une indigestion attribuée à des cerises. A partir de cette époque, vomissements tous les quinze jours, sans que le poids cessât d'augmenter. En septembre 1915, état plus grave : douleurs de ventre, vomissements, constipation, anorexie, maigreur, fièvre (38° à 39°). Le Docteur GILBERT (du Havre), qui la voit à cette époque, trouve sous le foie une *tumeur arrondie* qu'il attribue à un kyste hydatique, mais la radiographie ne confirme pas ce diagnostic. L'anorexie persistant et la faiblesse augmentant, le Docteur A. BROCA est consulté ; ne trouvant pas de tumeur, il propose une laparotomie exploratrice qui est acceptée. En novembre 1915, incision latérale parallèle aux fausses côtes ; pas de tumeur. Cependant, le chirurgien a senti une petite masse qui disparut sous la main, comme si une anse intestinale étranglée eût été réduite par cette manœuvre. Après cette opération, l'enfant cessa de vomir, recou-

vra l'appétit et engraisa. On la crut guérie. En 1916, elle accompagna ses sœurs aux Eaux de Salies-de-Béarn. Famille de neuf enfants : pas de cas semblable chez ses frères et sœurs. Le Docteur Maurice RAYNAUD, qui l'examina à Salies, sentit une tumeur comme une noix sous l'estomac. De retour au Havre, la fillette, qui a gagné 25 kilos depuis la laparotomie exploratrice, part pour la campagne. A son retour en septembre, le Docteur GILBERT découvre une tumeur abdominale de la grosseur d'une poire, bosselée, paraissant siéger dans le haut de l'épiploon, surtout à droite. Devant faire un séjour à Hyères, la famille s'arrête à Lyon pour consulter E. WEILL qui opine pour un sarcome. Après une amélioration constatée dans la station climatique d'Hyères, les accidents réapparaissent. A. BROCA revoit l'enfant à la fin de janvier 1917 ; il perçoit alors une tumeur ayant la forme et le volume d'une aubergine, se perdant par en haut sous les côtes gauches, occupant par en bas la région sus-ombilicale. Consistance solide, sans dureté excessive, bosselures, indolence à la pression. Anorexie, amaigrissement, crises douloureuses. A. BÉCLÈRE, découvrant la tumeur dans l'estomac, conseille la radiothérapie. L. GUINON ne formule pas de diagnostic et A. BROCA pense à une *épiploïte tuberculeuse*. Mais la publication du cas de DAURIAC ouvre les yeux des observateurs et le diagnostic d'*égagropile stomacal* est enfin admis. Reprenant l'interrogatoire des parents, on apprend que, pendant l'été de 1915, l'enfant âgée de 2 ans 1/2 avait perdu ses cheveux sur la partie droite de la tête. Elle les arrachait chaque nuit et le matin on en trouvait dans ses mains. Pendant l'été de 1916, il y en eut dans les matières fécales. On avait, de plus, remarqué qu'elle arrachait des filaments de la laine blanche de son manteau. A Hyères, on l'avait surprise man-

geant des morceaux d'éponge. L'hésitation n'était plus permise. A. BROCA fit une laparotomie médiane sus-ombilicale, aborda l'estomac et fit en arrière, près de la grande courbure, une incision de 15 centimètres qui lui permit de dégager le pôle supérieur de la tumeur pour la faire basculer et l'extraire en bloc sans la fragmenter. Mais un prolongement cylindrique descend dans le duodénum, boudin de 15 centimètres en longueur, auquel fait suite une cordelette de 52 centimètres terminée par une masse arrondie de la grosseur d'une noix. Cette corde s'enfonce profondément dans l'intestin grêle. L'opération, bien supportée, avait duré 20 minutes ; elle fut suivie d'une prompte guérison.

Examen de la pièce : Grosse masse de 36 centimètres de long sur 5 de large et 4 d'épaisseur, représentant le moule de l'estomac ; un cylindre long de 15 centimètres et ayant 3 centimètres de diamètre représente le moule duodéno-jéjunal ; puis vient la cordelette de 52 centimètres, la boule terminale est une sphère de deux centimètres de diamètre. La masse est formée avant tout de cheveux agglomérés et de fragments de laine (l'éponge n'a pas été vue). Toute la partie qui pend au-dessous du pylore représente une torsion de ficelles multicolores ; la boule terminale est en cheveux.

Observation n° IV (A. ZUBER).

Le 21 juin 1904, A. ZUBER fit une communication sur les *égagropiles ou tumeurs pileuses du tube digestif chez un enfant de cinq ans*, d'ailleurs bien développé et intelligent.

Le petit malade de A. ZUBER a été nourri au sein douze mois ; à cet âge, coqueluche avec broncho-pneumonie.

Puis les végétations adénoïdes furent extirpées. Une sœur de 9 ans 1/2 suçait son pouce jusqu'à deux ans et mangea des brins de laine arrachés à sa couverture de lit. On trouvait des paquets d'étoupes dans les selles. La famille, sans autres tares nerveuses, compte une deuxième fillette. Les trois enfants ont toujours porté à leur bouche ce qu'ils manipulaient : herbe, papier, etc... A deux ans, le petit garçon mangeait de la terre (géophagie). Auparavant, entre 5 et 8 mois, il s'arrachait machinalement les cheveux et les avalait. Il ne lui en restait plus qu'une mèche derrière la tête. Un bonnet maintenu en permanence a supprimé le geste et le cuir chevelu est maintenant pourvu de jolies boucles brunes. Il y a quelques semaines, sont survenues la fièvre, des coliques, une diarrhée glaireuse, suivies bientôt du rejet par l'anus d'un petit cocon noirâtre formé de cheveux ; au bout de trois semaines, expulsion de petits égagropiles analogues à deux jours d'intervalle, les selles glaireuses ayant cessé. Ces divers égagropiles spontanément expulsés, avaient l'apparence de cocons de chenilles ; ils étaient formés d'un feutrage de cheveux bruns, longs de 3 à 5 centimètres. Deux ont 5 à 6 centimètres de long sur 2 de diamètre ; le troisième a le volume d'une petite noix dont une extrémité est arrondie et l'autre effilée en mèche tordue de 3 centimètres de longueur. Poids total : 5 grammes. A la coupe longitudinale, le centre est formé par un feutrage de fins cheveux agglomérés par du mucus, le tout bien homogène.

Observation n° V (G. F. STILL).

Une fillette de 9 ans est reçue le 12 février 1908 au *King's College Hospital* pour une tumeur du ventre cons-

tatée il y a sept mois. Le ventre avait grossi depuis un an et l'enfant accusait des douleurs d'estomac depuis trois mois. Perte d'appétit et malaises fréquents depuis deux mois. Il y a quelques années, au mois de juin, on avait remarqué la disparition des cheveux en deux jours. En réalité, depuis l'âge de trois ans, la fillette s'arrachait les cheveux et les avalait.

A l'épigastre, la palpation dénotait une tuméfaction dure, allant du rebord costal gauche à la ligne mammaire droite, à la hauteur de l'ombilic. Bords bien délimités, surface lisse, indolence au palper, mobilité de haut en bas. Les hypothèses de spléno-mégalie, de lymphosarcome, de tuberculose se présentaient à l'esprit ; elles n'arrêtèrent pas l'intervention chirurgicale.

Le Docteur BURGHARD, après laparotomie, incisa l'estomac sur une longueur de 7 centimètres et, par cette brèche, il put retirer une masse de cheveux qui remplissait sa cavité. Poids de la tumeur : 500 grammes, longueur 15 centimètres, circonférence 20 centimètres. La grande courbure mesurait 34 centimètres. Une partie étroite de la tumeur se prolongeait dans l'œsophage. Cette tumeur figurait le moule parfait de l'estomac. Suites opératoires normales. Guérison.

Observation n° VI (AYRES NETTO).

H. A... Brésilienne, 28 ans, demeurant dans un des faubourgs de la capitale, est reçue le 10 décembre 1924 dans notre service à la Santa Casa, infirmerie « Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho ».

Antécédents héréditaires : Le père, alcoolique invétéré, est mort il y a longtemps ; sa mère est morte d'une affection du cœur.

Antécédents personnels : Sans importance, rien que la rougeole à l'âge adulte et la grippe pendant la grande pandémie qui ravagea St-Paul. Rien de remarquable du côté de l'appareil génital, sauf une aménorrhée datant de deux ans. Les premières règles sont venues sans accidents. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Maladie actuelle : H. A... se porta toujours bien, mais il y a *trois ans* à peu près, elle commence à se trouver malade : d'abord de légères douleurs dans le ventre, plus fortes du côté de l'hypocondre droit et qui s'étendaient au côté gauche. Des vomissements sont alors survenus ne contenant pas de substances alimentaires, mais des liquides assez amers. D'abord, elle ne rendait qu'une fois la journée, puis après trois à quatre fois par jour à n'importe quelle heure. Elle a très bon appétit et en abuse, d'où des lourdeurs d'estomac qui cessent par les vomissements provoqués. Elle a du malaise en se couchant en décubitus latéral droit ; elle ne se rend pas compte de la nature de la tumeur qu'elle porte au ventre, ni de l'époque à laquelle la tumeur commença à grandir, à augmenter de volume.

C'est une femme bien constituée, d'un squelette bien développé et d'un certain embonpoint. Aspect mental crétinoïde. Elle porte les cheveux en de longues tresses, mais à la partie antérieure du crâne, il en manque ou bien ils sont très rares. Cette absence de cheveux ne fut remarquée qu'après l'examen radiologique, personne n'ayant fait attention au fait, à première vue sans importance.

Examen de l'abdomen : Ventre distendu et assez bombé à la région épigastrique, totalement remplie, d'ailleurs, par une énorme tumeur indolente, dure, de consistance ligneuse, de surface régulière. On délimite

parfaitement la tumeur à son bord inférieur, concave en haut. La femme étant couchée en décubitus dorsal, on perd le contact avec la tumeur par l'impossibilité de la palper sous le bord costal, d'où l'impossibilité de passer la main entre le rebord costal et la tumeur pour en atteindre la limite supérieure. La tumeur est franchement mobile ; la malade étant assise, il est facile de porter la tumeur vers l'hypocondre gauche et de l'enfouir, presque complètement, sous le rebord costal. Dans cette position, on obtient un ballottement très net, la tumeur redevenue libre, revient à sa position première. La malade étant debout, la tumeur tourne en bas et vers le côté gauche et on aperçoit alors la limite supérieure droite à 6 cm. au-dessous du rebord costal. Dans la position genu pectorale, la tumeur s'approche de la paroi antérieure de l'abdomen.

Sous l'insufflation de l'estomac (Dr. JAIRO RAMOS), on aperçoit du tympanisme sur presque tout le contour de la tumeur. On perçoit sur la tumeur de fins gargouillements et à l'hypocondre droit le bruit d'échappement (Sacconaghi). L'insufflation rectale met en relief le côlon transverse, lequel entoure la tumeur en collier. Le cæcum est palpable dans la fosse iliaque droite, ainsi que le côlon sigmoïde dans la fosse iliaque gauche.

Foie : On ne réussit pas à palper le bord inférieur du foie dont le bord supérieur est situé au niveau du 4^e espace. Rien d'anormal du côté des appareils circulatoire et respiratoire. A l'examen des selles, on trouve des œufs d'Ankylostomes. Réaction de B. W. négative.

L'examen radiologique pratiqué par le Dr. CASSIO VILLAÇA fait voir à l'écran le dessin très net de l'estomac avant même le repas de bismuth ; il y avait déjà de la stase gastrique du repas pris six heures avant,

lequel remplissait la partie la plus déclive de la grande courbure comme un croissant.

Par l'ingestion du deuxième repas opaque, on pouvait voir que l'estomac se remplissait par la petite courbure et ce n'est que quelque temps après que l'on voyait le bismuth du deuxième repas se mélanger au bismuth antérieurement déposé dans la grande courbure. Presque toute la moitié supérieure de l'abdomen était occupée par l'estomac énormément dilaté, dur, et dont les contours réguliers coïncidaient avec ceux de la masse tumorale. On percevait l'angle hépatique du côlon, plein de gaz, interposé entre le foie et la partie pylorique. On peut observer que l'opacité de l'estomac n'est pas uniforme, principalement dans sa partie moyenne horizontale, laissant voir une zone moins obscure qui la traverse obliquement en bas et en dehors. En étudiant la bulle d'air on observe que celle-ci ne se forme pas au niveau du liquide après l'ingestion du repas opaque, et à sa place, on remarque une tache d'ombre à contour supérieur convexe, en haut se détachant très nettement par une zone claire, non seulement du contour supérieur de l'estomac, mais aussi du contour de la partie supérieure de la petite courbure. Cette tache d'ombre était visible même avant l'ingestion du bismuth.

On a pu observer au niveau de la grande courbure de rares contractions péristaltiques dessinant des ondes larges et peu profondes. Le Dr. CASSIO VILLAGA a été d'avis qu'il s'agissait d'un corps étranger situé dans le creux de l'estomac, reproduisant sa forme et se mouvant dans son intérieur. Il appuyait son opinion, basée sur l'opacité propre et normale de l'intestin, par la façon dont celui-ci se remplissait, sur la régularité de ses contours, sur son insensibilité et surtout sur la disposition très particulière de la bulle d'air.

Opération : Pratiquée par M. AYRES NETTO, aidé de M. SOARES HUNGRIER, le 20 décembre 1924. Anesthésie locale par infiltration de la paroi. Coeliotomie supra-ombilicale médiane suivie de gastrotomie sur la région avasculaire. L'estomac étant ouvert par une incision d'à peu près 10 cm., on en enlève une tumeur pileuse formée par un amas de cheveux ayant à peu près la forme du viscère. Suture à 3 plans au catgut 000. Intervention facile, rapide, sans incident, suivie de guérison au bout de huit jours. Poids de la tumeur : 1 k. 650. Dimensions : 47 cm. sur 33 cm.

Observation n° VII (Paul MATHIEU).

Je présente à la Société de Chirurgie une volumineuse tumeur pileuse que j'ai extraite de l'estomac d'une petite fille de 11 ans 1/2. Elle est constituée par un conglomérat de cheveux formant une masse moulée sur les parois de l'estomac et s'effilant pour reproduire un moulage imparfait du duodénum et peut-être du début du jéjunum. Longue de 23 cm. 05, cette tumeur pèse 350 gr.

L'enfant avait été amenée à l'Hôpital des Enfants Malades parce qu'elle présentait une tumeur de l'hypocondre gauche découverte à la suite de petites douleurs abdominales dont elle s'était plainte. Ces douleurs étaient surtout nettes depuis une quinzaine de jours avant l'entrée à l'Hôpital. Elles siégeaient surtout dans l'hypocondre gauche. L'alimentation les calmait. Elles s'accompagnaient parfois de vomissements abondants, glaireux et bilieux. La palpation de l'abdomen révélait une volumineuse tumeur à contours nets, très dure de consistance, localisée dans l'hypocondre gauche. Cette tumeur était assez superficielle en avant, n'avait pas le

contact lombaire en arrière, était mate à la percussion, bien mobile dans tous les sens.

Dans le décubitus latéral droit, par son extrémité supérieure, la tumeur vient affleurer et même dépasser la ligne médiane. En bas, elle n'est plus distante que d'un travers de doigt de l'ombilic. Elle suit les mouvements respiratoires. La percussion montre qu'il existe une zone un peu sonore entre le rebord costal et la tumeur. La partie inférieure de la tumeur présente au-dessous d'une sorte d'incisure un bourrelet arrondi très épais, dur comme de la pierre, un peu douloureux à la pression.

Sur l'enfant debout, la tumeur quitte la ligne médiane et se dirige vers la fosse iliaque gauche. On peut facilement replacer la tumeur sous les côtes.

Le diagnostic porté fut : tumeur de la rate. L'examen radiographique démontra l'existence d'une tumeur sus-jacente aux côlons et semblant indépendante de l'estomac qui montre une poche à air volumineuse. Malheureusement, une ingestion de bouillie barytée ne fut pas pratiquée.

Le diagnostic de spléno-mégalie comportait la nécessité d'examens de Laboratoire qui furent pratiqués en série : examen de sang qui démontra une formule normale, sauf une légère leucocytose. B. W. négatif. On notait dans les antécédents la tuberculose du père. Le diagnostic de la nature de la spléno-mégalie était incertain. Dans ces conditions, je fis une laparotomie qui eut lieu le 22 décembre 1924 :

Laparotomie transversale sus-ombilicale gauche. La tumeur ne siège pas sous la paroi, elle n'apparaît pas à l'ouverture du ventre. De plus, la rate est saine, de volume normal. La tumeur siège dans l'estomac. J'agran-

dis mon incision en la prolongeant en haut sur la ligne médiane. Je fais une gastrotomie longue de 15 cm. et j'extrais la volumineuse tumeur que je vous ai présentée : son extraction présente quelque résistance à cause du prolongement duodénal. Elle est enrobée de pus et fétide. La muqueuse gastrique est rouge, comme œdématisée. Je ferme à 3 plans l'estomac. Suites très simples. La petite malade est guérie 10 jours après.

Le lendemain de l'opération, l'enfant avoua qu'elle mangeait ses cheveux depuis sa petite enfance. Elle mangeait même d'autres cheveux qu'elle pouvait trouver sur ses brosses, par exemple. Elle préférait, dit-elle, les longs cheveux qu'elle enroulait en spirale autour de sa langue pour en faire une sorte de pilule qu'elle déglutissait avec satisfaction.

Observation n° VIII (Jean SMITH).

Fillette de 3 ans, envoyée à l'Hôpital pour douleurs de ventre datant d'un mois, le 30 avril 1931. Appétit médiocre, selles peu colorées, mal liées, fétides. Aspect maladif et fatigué, lèvres pâles et sèches, langue lisse et humide, sans enduit saburral. Malnutrition, poids de 11.340 gr. au lieu de 15.000 ; hypotonie musculaire, agitation et grincements de dents fréquemment notés pendant le sommeil ; intelligence plutôt au-dessus de son âge. Dès le jour d'entrée, la nurse signale que la fillette a rongé tout un côté du napperon de sa table de nuit et que le vêtement de sa poupée portait les traces du même grignotage. Questionné, le père avoua l'habitude qu'avait sa fille de manger des morceaux de bois et de plâtre depuis quelques mois. Le 5 mai, la sœur et le médecin de garde notent la présence d'une grosseur à

l'épigastre ; le lendemain, elle est moins apparente, bien qu'on ait la sensation d'une tumeur mal définie dans cette région et vers l'hypocondre gauche. Le même jour, l'enfant rend par l'anus une boule pileuse grosse comme un œuf de poule. Au bout d'une semaine, pas de changement ; on prescrit un repas opaque et, avec les rayons X, on constate que la tumeur est due à un corps étranger de l'estomac. Tenant compte de l'expulsion spontanée d'une boule pileuse précédemment, on admet que le corps étranger stomacal est de même nature.

Le 9 juin, à 12 h. 15, douleur autour de l'ombilic, ventre très distendu, tumeur sentie dans la fosse iliaque droite ; à 15 h. 30, cette tumeur était perçue en bas et à gauche ; les douleurs ont disparu et la distension abdominale est très diminuée. Le lendemain, à 5 h. 30, une deuxième boule pileuse plus grosse que la première est rendue par l'anus. Le 13 juin, troisième boule plus petite que les deux premières ; le 13 juin, quatrième et dernière balle de cheveux incorporant une grosse ficelle non mâchée. Il semblait que les douleurs et la distension du ventre ne se montraient qu'au moment où les masses pileuses parvenaient à la valvule iléo-cæcale. Cette barrière franchie, les symptômes cessaient. Le 22 juin, une radiographie montra l'intégrité récupérée du tube digestif avec image gastrique normale. En même temps, l'état général se relevait et la fillette sortait guérie de l'Hôpital.

Observation n° IX (R. MERCIER et P. MANGINI).

Une femme de la campagne vient consulter pour elle ; par la même occasion, elle présente sa fillette de 8 ans qui aurait souffert jadis du poumon. Examen négatif

de cet organe. Mais le ventre de l'enfant est gros et dans le décubitus dorsal, on sent à l'épigastre une masse dure, mobile, indolore, de contours réguliers, mesurant 12 cm. de long sur 8 cm. de large, son bout inférieur affleurant l'ombilic. On pense à une rate ectopiée ou à un néoplasme. A l'écran, on aperçoit sous le diaphragme une tumeur d'opacité homogène, se confondant avec l'ombre hépatique. La rate est normale. Après ingestion du repas opaque, une masse réniforme apparaît dans l'estomac, mobile avec lui. Son pôle supérieur fait saillie dans la poche à air ; palpant son pôle inférieur, on mobilise cette tumeur dans l'estomac comme un testicule dans sa vaginale. Cependant, l'évacuation pylorique n'est pas arrêtée.

Une semblable tumeur, moulant l'estomac, bien tolérée, ne pouvait être que pileuse. On apprit, d'ailleurs, que, depuis des années, la fillette arrachait ou cassait ses cheveux pour les déglutir et on en trouvait dans les selles.

(Nous ignorons la suite qui fut donnée au diagnostic posé par nos confrères ; sans doute la malade n'échappa pas au traitement chirurgical qui s'imposait).

Observation X (BUFFON).

Poils tirés de l'intestin rectum d'une fille de sept ans.

Cette enfant ayant eu la petite vérole à Brest à l'âge de 5 ans, il se forma après cette maladie une tumeur du côté droit du bas-ventre sur la région iliaque, à environ deux travers de doigt au-dessus de la crête de l'os ilium, et à peu près à égale distance de la ligne blanche et de l'épine du dos. Cette tumeur étant devenue fort

grosse et douloureuse, on y appliqua un onguent qui la fit ouvrir en 24 heures, il en sortit beaucoup de pus et quelques jours après, l'ouverture de l'ulcère était réduite au diamètre d'une grosse tête d'épingle. On s'aperçut d'abord qu'il en sortait des vents et des excréments avec le pus, et longtemps après on vit de plus un cordon de poils semblables à des cheveux qui passait au dehors ; enfin, l'ulcère se ferma et les poils disparurent.

Sept mois après, les parents de l'enfant remarquèrent qu'il sortait de l'anus un cordon de poils parfaitement ressemblants à des cheveux ; dans le commencement, ce cordon sortait et rentrait alternativement, mais il s'allongea assez pour que l'extrémité restât toujours au dehors. Il y avait déjà trois mois que ce cordon de poils paraissait, lorsqu'au mois d'avril de cette année, on fit voir l'enfant à M. DE COURCELLES, médecin du Roi à Brest et correspondant de l'Académie royale des Sciences. Il l'examina attentivement et il envoya la relation du fait dont il s'agit à M. DU HAMEL pour être communiquée à l'Académie.

Le cordon avait un pouce de grosseur et remplissait exactement l'orifice de l'anus, de sorte qu'il y avait souvent de la difficulté pour les déjections. Les poils sortaient au dehors de trois pouces, M. DE COURCELLES en a coupé un échantillon d'un demi-pouce au-dessus de l'anus et l'a envoyé à M. DU HAMEL qui l'a remis au Cabinet. En tirant ce cordon, on le faisait sortir de huit pouces de plus qu'à l'ordinaire, mais sitôt qu'on le lâchait, il rentrait de la même longueur et toutes les fois qu'on le tirait, l'endroit où était la cicatrice de l'ulcère dont on a parlé rentrait en dedans, ce qui fit croire que le cordon venait de cette partie et que les poils dont il est composé étaient les mêmes que l'on avait vu dans l'ulcère.

M. DE COURCELLES présume que le cordon avait près d'une aune de longueur et qu'il suivait les contours du canal intestinal qui avait été ouvert à l'endroit de l'ulcère par lequel les excréments sortaient. N'ayant pas vu la malade dans le temps de cet ulcère, il n'a pu déterminer précisément si l'ouverture était dans l'extrémité de l'iléon, dans le cæcum ou dans le commencement du côlon qui sont situés à peu près sous la cicatrice.

Observation XI (MM. LOUSSOT et DOSSER (Landivisiau)
Rapport de M. P. WILMOTH).

Une fillette de 11 ans est soignée pour des troubles digestifs, pesanteurs au creux épigastrique après les repas, nausées, quelques vomissements alimentaires, crises douloureuses accompagnées de météorisme abdominal, de borborygmes. A l'inspection, la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, présente une voussure qui, en position verticale, s'abaisse au-dessous de l'ombilic. A la palpation, deux masses sont perçues, l'une dans l'hypocondre gauche, l'autre dans l'hypocondre droit.

Une radiographie décèle l'augmentation du volume de l'estomac et du duodénum et leur aspect uniformément grisâtre. LOUSSOT qui a lu récemment un article sur les tumeurs bénignes de l'estomac, pense qu'il peut s'agir d'un égagropile, interroge les parents et obtient la confirmation de la trichophagie. Les parents refusent l'opération proposée, et ce n'est que sept mois plus tard qu'elle sera acceptée sous la pression des événements, en l'espèce une occlusion intestinale dont le début remonte à une huitaine de jours. LOUSSOT fait une lapa-

rotomie médiane sus-ombilicale pour aborder les deux masses épigastriques qui n'ont pas été sensiblement modifiées ; de l'hypocondre droit est extraite une anse grêle dure, distendue, rouge vineux, œdématiée, qui ressemble par sa forme et sa couleur, à une grosse aubergine. L'état de la fillette ne permet pas de faire une résection intestinale ; il faut se résoudre à rétablir le transit par une anastomose en amont et en aval de l'anse malade ; cela fait par une ponction au bistouri, on extrait de cette anse un agglomérat de cheveux et de matières intestinales durcies, qui répand une odeur infecte ; suture de la boutonnière intestinale. L'état de l'enfant paraissant meilleur, incision de 5 centimètres de la face antérieure de l'estomac qui permet d'extraire une volumineuse masse de cheveux agglomérés. Suture de la paroi gastrique, mise en place de deux mèches, fermeture partielle de la paroi abdominale. Mais malgré une amélioration passagère, l'enfant meurt vingt heures après.

Observation n° XII (M. G. MÉTIVET).

Il y a deux ans, les parents de la fillette que je vous présente, et qui est âgée de 9 ans, ont constaté l'existence sous le rebord costal gauche de leur enfant d'une tumeur dure et indolente à laquelle ils n'ont pas attaché une grande importance.

Il y a peu de temps, deux chirurgiens consultés, ayant posé le diagnostic de sarcome du rein et porté un pronostic sévère, j'ai été prié de donner mon avis.

L'enfant se porte bien, mange bien, digère bien. La tumeur qu'elle présente est ferme et indolore à la pression ; elle suit les mouvements respiratoires ; elle est

extrêmement mobile, puisqu'on peut la refouler sous le rebord thoracique gauche, puis la faire descendre jusqu'au-dessous de l'ombilic et la refouler ensuite sous le rebord costal droit. Elle est en forme de haricot et présente le volume de deux petits poings. A la percussion, elle est sonore quand l'enfant est couchée et mate dans la position debout.

En présence de cette tumeur, j'ai cru devoir éliminer une tumeur rénale, la tumeur étant trop antérieure et trop mobile ; j'ai éliminé la rate dont la tumeur ne présente pas l'aspect caractéristique ; j'ai éliminé un kyste mésentérique qui serait, sans doute, plus arrondi et moins mobile verticalement. Pensant à une tumeur pileuse de l'estomac, j'ai dit au père qu'on ne pouvait faire un diagnostic de corps étranger de l'estomac en raison de sa rareté. Finalement, ignorant tout cliniquement des anomalies rénales, j'ai demandé à mon ami TRUCHOT de pratiquer un examen radiographique de l'arbre urinaire. La radiographie nous a montré de suite une ombre de la tumeur se projetant dans la clarté gastrique. J'ai immédiatement demandé à la famille si l'enfant n'arrachait pas ses cheveux et j'ai appris que pendant quelques années, elle s'est livrée à ce petit jeu, qu'elle mangeait ses cheveux et que sa mère en trouvait parfois dans ses selles. Il n'en faut pas davantage pour poser le diagnostic de Trichobézoar.

Opération ultérieure : Extirpation du corps étranger par gastrotomie. Guérison.

Observation XIII (Costa TASCA (Turin).

Un homme de 47 ans avait absorbé dans un but de suicide des cheveux pendant plusieurs mois : des trou-

bles digestifs se développèrent : vomissements, amaigrissement, et la radiographie donnait l'aspect d'un carcinome avancé déjà.

Cependant, la présence d'une tumeur dure, compacte, mobile, occupant l'estomac et une partie du duodénum était en contradiction avec ce diagnostic radiologique ; de plus, il y eut, avant l'opération, une reprise de poids peu vraisemblable dans un tel carcinome ; aussi, on soupçonne le diagnostic de corps étranger de l'estomac confirmé par les déclarations du malade, et par certains aspects radiologiques tels que les révèlent les figures ci-jointes. L'opération permit de retirer le bézoar : il pesait 260 gr., mesurant le long de la grande courbure 32 cm. et avait une circonférence maxima de 15 cm. La guérison suivit l'acte opératoire.

Observation n° XIV (CARLTON F. POTTER (Syracuse)).

POTTER rapporte un cas personnel vu chez une jeune fille de 20 ans avec une histoire clinique des plus banales.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans l'examen radiologique qui permit seul de faire le diagnostic exact. Les caractères particuliers de l'image gastrique après ingestion de baryum et la répartition de la substance opaque filtrant à travers les interstices de la masse pileuse, surtout 5 heures après la prise du repas, firent affirmer le trichobézoar (3 radiographies cherchent à rendre cette image particulière).

A l'intervention, on retira une masse de cheveux réalisant un véritable moule de la cavité de l'estomac (photographie) formée de cheveux agglomérés entourés d'une couche de mucus gastrique. La guérison fut complète.

Observation n° XV (G. GORDON BRUGE (d'Aberden).

Cet enfant (3 ans 1/2, garçon) avait présenté à plusieurs reprises des crises douloureuses avec vomissements pour lesquelles aucun diagnostic précis n'avait été porté. L'auteur perçut à la palpation une masse située sous le rebord des fausses côtes gauches. A la radioscopie, l'estomac présentait un défaut de remplissage en rapport avec un corps étranger probable. La mère déclare que l'enfant avait tendance à avaler ses cheveux et des débris de laine arrachés de ses vêtements. Dans ces conditions, le diagnostic de boule de cheveux fut porté. Les tentatives, telles que : purges, faites pour essayer d'évacuer le corps étranger restèrent sans succès. L'enfant fut alors opéré. On trouva la boule de cheveux dans l'estomac avec un prolongement enfoncé dans le duodénum. Ce prolongement ne put être enlevé et il fut, d'ailleurs, évacué spontanément par les voies naturelles quelques jours plus tard. L'enfant guérit malgré l'événement consécutive.

Observation n° XVI (M. DE ARTE).

Courte histoire clinique se rapportant à une enfant de 11 ans, atteinte d'obstruction intestinale ; au niveau de l'abdomen, on sent une tumeur mobile, de consistance ferme, dans la région sus-ombilicale. Intervention immédiate. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale sous anesthésie générale. Après incision du péritoine, on se rend compte qu'une des premières anses grêles est complètement obstruée par un corps étranger qui la distend fortement. Entérostomie permettant d'enlever

la tumeur. Suture de la plaie en deux plans, fermeture de la paroi sans drainage. Guérison.

L'examen de la tumeur a montré qu'elle était réalisée par un conglomérat de poils.

Observation n° XVII (Rodriguez CASTRO).

Une enfant de 6 ans avalait des mèches de ses cheveux et perdait l'appétit. Ses parents lui rasent le crâne. Elle mange alors les cheveux de sa tante qui se prête à cette fantaisie. Les troubles gastriques augmentent. On découvre à la palpation de l'abdomen une tumeur épigastrique du volume d'une orange, lisse, ronde et mobile. Cette mobilité est vérifiée à la radiographie. On extrait par gastrotomie une tumeur pileuse de 10 cm. de diamètre parfaitement mobile dans l'estomac. Guérison sans incidents.

La sœur de cette enfant, elle, avale du fil, mais n'a pas encore présenté d'accidents.

Observation n° XVIII (M. DUARTE (Brésil)).

Une enfant de 11 ans présente un tableau d'occlusion intestinale aiguë qui résiste aux nombreux purgatifs et lavements qui lui sont administrés coup sur coup. Laparotomie le 3^e jour. Une des premières anses grêles est complètement obstruée par une masse volumineuse que l'on extrait facilement par entérotomie. Guérison. Il s'agissait d'un trichobézoar.

Observation n° XIX (J. D. COLLINS (Portsmouth)).

COLLINS rapporte une nouvelle observation de récurrence : Il s'agit d'une fillette de 7 ans, qui présentait une

masse épigastrique perceptible à la palpation. Depuis sa petite enfance, elle déglutissait tout ce qui lui tombait sous la main et en particulier les cheveux.

Une gastrotomie permit d'enlever une masse de cheveux qui remplissait l'estomac et se prolongeait, à travers le pylore et le duodénum, jusque dans le jéjunum. La malade guérit. 8 ans plus tard, elle revint pour des troubles digestifs datant de quelques mois. On sentait encore une masse épigastrique qui était visible à l'examen radiologique. La malade avait gardé l'habitude de manger ses cheveux et ses ongles. Une nouvelle gastrotomie donna issue à une grosse masse de cheveux remplissant l'estomac et le duodénum. Dans la partie initiale du jéjunum, on sentit trois autres masses, dont l'une avait ulcéré la paroi intestinale ; la perforation était couverte par de l'épiploon. Un peu plus bas, il y avait un début d'invagination. On dut faire une résection du jéjunum. La malade guérit.

Observation n° XX (JUNGHAUS (de Liegnitz).

Il présente un trichobézoar de l'estomac enlevé par gastrotomie chez une jeune femme de 27 ans. 27 cm. — 598 gr. La patiente était très amaigrie, mais n'avait jamais vomi.

Guérison.

Observation n° XXI (RANZI de Vienne).

M. RANZI a présenté une volumineuse tumeur pileuse de l'estomac, pesant 550 gr., qu'il a retirée par gastrotomie chez une jeune fille de 20 ans qui, depuis un mois, souffrait de crises gastriques très douloureuses. La tu-

meur, uniquement formée de cheveux, représentait un moulage parfait du duodénum et de toute la portion pylorique de l'estomac. Il y a 4 ans, cette malade avait déjà eu une crise d'occlusion intestinale aiguë causée par une tumeur analogue, mais qui put être heureusement évacuée à la suite de lavements administrés à haute pression.

Observation n° XXII (Fr. HÜTENBACH (Munich)).

Une fille de 18 ans, somatiquement et psychiquement infantile, non réglée, présentait depuis 4 ans une tumeur abdominale ; elle se plaignait, en outre, d'inappétence, d'une sensation de plénitude gastrique survenant dès qu'elle avait un peu mangé, de vomissements muqueux et acides à jeun ; jamais d'hématémèse. Vers la même époque, où l'on avait constaté l'existence de la tumeur abdominale, on s'était aperçu que la malade avait l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler et cela au point que sa tête était rase et même complètement chauve par places. A l'occasion même, elle mangeait les cheveux de sa mère et jusqu'aux soies d'un balai, la laine et le feutre de ses vêtements et de ses chaussures. Au moment où elle fut examinée, la tumeur abdominale, qui occupait l'hypocondre gauche et l'épigastre, mesurait 19 cm. de large et 10 cm. de haut ; elle avait la forme d'un estomac très distendu et était très mobile ; elle était indolente et d'une dureté pierreuse ; à la palpation superficielle, on percevait habituellement une crépitation, rappelant celle de l'emphysème. La saillie de l'abdomen supérieur contrastait avec l'amaigrissement général et l'arrêt de développement du reste du corps : taille 1 m. 27, poids de 26 kg. L'examen du

liquide retiré de l'estomac et celui des fèces montrèrent à plusieurs reprises la présence de cheveux.

La malade fut opérée le 5 mai 1910 par KLAUSSNER. L'estomac mesurait 55 cm. à la grande courbure, 17 à la petite, 39 dans sa plus grande circonférence. Il fut incisé et l'on y trouva une tumeur pileuse du poids de 1170 gr, représentant un moule exact de la cavité gastrique, avec un prolongement qui s'enfonçait en haut et en arrière, dans le duodénum ; cette tumeur était uniquement composée de cheveux, pour la plupart blonds (cheveux de la malade) quelques-uns plus sombres (cheveux de la mère), d'autres enfin courts, noirs et durs comme des crins de cheval. Cette tumeur fut enlevée ; il existait, en outre, vers le pylore, un papillome du volume d'une petite pomme, qui fut excisé avec un fragment de muqueuse.

La malade guérit sans incident.

Observation n° XXIII (V. M. MYCH (Tomsk)).

Il s'agit d'une femme de 31 ans entrée pour une volumineuse tumeur abdominale. A 13 ans, elle fut atteinte d'une maladie fébrile ayant duré 6 semaines. C'est à cette époque qu'elle rattache le début de l'affection actuelle. Elle fut en effet, peu après, prise de douleurs stomacales, avec nausées, brûlures, renvois acides, vomissements et absence d'appétit et remarqua dans son ventre l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf. Cela dura un an ; puis la malade guérit quoique la tumeur continuât d'augmenter. A 21 ans, après un accouchement, les mêmes accidents reparurent pendant trois mois, puis cessèrent en laissant, cependant, une santé

médiocre. Ils reparurent de nouveau à 26 ans, puis enfin récemment, ce qui amène la malade à l'Hôpital.

A l'examen de l'abdomen, on constate une volumineuse tumeur dure et absolument indolore ; en haut, elle s'enfonce dans l'hypocondre gauche, laissant son pôle supérieur inaccessible ; en bas, elle se dirige obliquement vers la fosse iliaque droite où se trouve son pôle inférieur présentant un rebord dur et tranchant rappelant le bord inférieur d'une rate. La surface de la tumeur est régulière, un peu bosselée en bas. Elle est partout tympanique à la percussion, surtout après insufflation de l'intestin. Au contraire, l'insufflation de l'estomac ne donne aucun renseignement précis. Enfin, la tumeur est facilement mobilisable latéralement, mais paraît fixée par son pôle supérieur. Ajoutons qu'elle est nettement indépendante du foie et qu'on ne perçoit pas la rate.

Le diagnostic posé est hypertrophie de la rate de cause inconnue. L'examen du sang y révèle une constitution absolument normale. Le suc gastrique a une composition normale et dans les vomissements on ne trouve guère que du mucus.

Intervention : L'abdomen ouvert, on aperçoit l'estomac colossalement distendu, solidement appliqué sur une formation qui y est contenue. Après incision, celle-ci est enlevée. La paroi est épaisse, la muqueuse revêtue d'excroissances papillaires qui saignent. Suture de la paroi en trois étages. Guérison.

La tumeur pileuse mesure 32 cm. de long, 13 cm. de diamètre ; elle pèse 2880 gr. Elle est entièrement constituée par des cheveux.

Observation n° XXIV (J. LAFOURCADE).

Au mois de février 1917, une jeune fille de 14 ans, n'ayant aucun antécédent pathologique, entre à l'Hôpital de Bayonne pour une obstruction intestinale à marche subaiguë. Les accidents ont débuté une semaine auparavant.

Quand je vois l'enfant, je note, avec un ballonnement modéré, quelques contractions douloureuses de l'intestin suivies de borborygmes. Il existe dans la fosse iliaque droite une tumeur mobile du volume du poing, située en dedans du cæcum. Pensant à une invagination du grêle, je pratique séance tenante, une laparotomie latérale droite.

La tumeur siégeant sur le grêle à 15 cm. de son aboutissement dans le cæcum est amenée à l'extérieur. Je constate qu'il ne s'agit pas d'une invagination. L'intestin contient dans son intérieur une tumeur molle, se laissant déprimer et déformer par la pression des doigts.

J'incise l'intestin et j'en extrais une masse formée par une agglomération de cheveux noirs réunis par du mucus intestinal. L'intestin est suturé à deux plans et le ventre refermé sans drainage.

Le poids de la tumeur pileuse est de 107 grammes.

Les cheveux étaient des cheveux de l'enfant elle-même. Elle avait la manie d'arracher les cheveux de la tempe droite et de les avaler. On voyait à ce niveau une plaque large comme la paume de la main dépourvue de cheveux.

J'ai revu cette enfant il y a peu de temps ; elle s'est débarrassée du tic bizarre dont elle était antérieurement atteinte.

Observation XXV (DAVIES).

Il concerne une femme de 34 ans qui, six mois auparavant, avait vu ses jambes enfler. Son abdomen avait aussi augmenté de volume. Mais elle souffrait, en outre, de dyspnée, de palpitations. Depuis plusieurs années, elle avait des troubles digestifs, aggravés depuis de douleurs et de vomissements. Disparition des règles depuis 8 mois.

Elle entre d'abord dans un service d'accouchement où elle a été envoyée avec le diagnostic de *grossesse* ; mais rapidement l'erreur est reconnue et on la fait passer dans un service de médecine pour une tumeur gastrique d'aspect anormal. Cette tumeur occupe l'hypocondre gauche, descend jusqu'au-dessous de l'ombilic et remonte jusqu'au rebord costal à droite. Sa forme est en croissant avec une profonde dépression à sa face supérieure ; ses contours sont nets ; sa surface dure et lisse ; aucune douleur à la pression, ni à la mobilisation ; elle est librement mobile dans toutes les directions.

En l'absence de tout diagnostic, une laparotomie est faite. On reconnaît alors la nature de la tumeur et après gastrotomie, on enlève une masse pesant 6 livres 1/2, de 62 cm. de long et de 32 cm. de circonférence maxima.

Malheureusement, la malade épuisée succombe dans le collapsus une heure après l'opération.

Observation XXVI (DAVIES).

Il s'agit d'une femme de 33 ans, jusque-là bien portante, qui, il y a 3 ans, a remarqué l'existence d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Depuis un an,

quelques troubles digestifs. A l'examen, on trouve une tumeur dure, arrondie, lisse, mobile et indolore, occupant la région lombaire droite, mais ne remplissant pas la région lombaire, mate à la percussion, mais distincte de la matité hépatique.

Gastrotomie : ablation d'une tumeur pileuse de 54 cm. de long, de 27 cm. de circonférence, se prolongeant dans le duodénum sur une longueur de 17 cm. Elle pèse 3 livres 1/2. La paroi stomacale est hypertrophiée et sa surface interne recouverte d'une multitude de *petits papillomes* dont le plus volumineux est enlevé. Suture de l'estomac. Guérison.

Observation n° XXVII (SPRENGEL, Brunswick).

Fille de 8 ans. Le diagnostic exact n'avait pas été fait, car on ignorait l'habitude qu'avait l'enfant de manger ses cheveux. Les signes étaient ceux d'une tumeur abdominale mobile ; à noter que cette tumeur avait fortement déplacé le foie en haut et en dehors, amenant une disparition complète de la matité hépatique. Au cours même de l'opération, la présence de gros ganglions mésentériques fit penser à une tumeur maligne et l'on pratiqua une résection intestinale. La malade, opérée in extremis, succomba au bout de deux heures.

Observation n° XXVIII (CARO).

CARO a observé une tumeur pileuse de l'intestin grêle chez une fille de 10 ans ; le passage de la tumeur à travers le pylore s'était traduit par des vomissements incessants pendant trois jours, puis étaient survenus des accidents d'occlusion intestinale. L'ablation de la tumeur fut suivie de guérison.

Observation n° XXIX (G. MAY JUN).

F..., 26 ans. 3 jours avant l'examen de l'auteur, avait commencé à souffrir dans la région de l'hypocondre gauche et avait remarqué un gonflement dur près de l'ombilic.

La tumeur occupait la situation de l'estomac distendu. Dure, à bords nets et arrondis, légèrement mobile, mais cette mobilisation était rendue douloureuse par des adhérences partielles à la paroi abdominale. Bientôt apparurent, amaigrissement, vomissements, diarrhée, épuisement qui emporta la malade. A l'examen post-mortem : estomac adhérent à la paroi abdominale et tumeur constituée par une masse de cheveux unis par du mucus, mesurant 20 pouces dans son plus grand diamètre et 12 dans son plus petit et pesant 36 onces. Depuis l'âge de 4 ans la malade avalait ses cheveux et plusieurs médecins la soignaient pour des affections de l'estomac, du foie, du pancréas. MAY pensa à une tumeur gastrique d'après la situation et d'après l'existence d'un espace sonore entre la tumeur et le foie.

Observation n° XXX (BEST).

F..., 30 ans. Au premier examen, violentes douleurs dans la région de l'estomac, vomissements, diarrhée, prostration et suppression des règles depuis quelques années ; on sent au toucher une tumeur épigastrique de forme globuleuse, dure, mais non douloureuse au toucher, très mobile et pouvant être repoussée en haut sous les côtes. Les mouvements imprimés à la tumeur occasionnent douleurs et vomissements ; selles aqueuses. En 1854, douleurs gastriques, vomissements et diar-

rhée. On pense à un cancer de l'estomac. *Meurt de péritonite*. A l'autopsie, liquide intra-péritonéal fortement coloré et contenant du brandy pris quelques heures avant par la malade. *Estomac* adhérent à la paroi. En ouvrant celui-ci, tumeur noire recouverte de cheveux, pesant 30 onces. Les cheveux qui la composent étaient de même nuance que ceux de la malade. Les parents savaient⁹ qu'elle mangeait ses cheveux.

Observation n° XXXI (RITCHIE).

F... 21 ans, météorisme abdominal, vomissements alimentaires. Symptômes d'obstruction intestinale. Tumeur perçue à gauche de l'ombilic et empiétant dans les deux hypocondres et présente tellement l'apparence du foie qu'elle fut prise pour cet organe.

A l'autopsie, tumeur gastrique du poids de 21 onces, formée de pelotes de cheveux de femme. Ulcération de l'estomac au niveau de la tumeur ; épaissement du pylore ; distension considérable du petit intestin et inflammation étendue de l'épiploon ; mésentère et péritoine. Bassin rempli de matières fécales.

Observation n° XXXII (RUSSEL).

F..., 31 ans. Graves hématomésés, grosse tumeur abdominale prise pour hypertrophie splénique. A l'autopsie, tumeur constituée par des cheveux et qui a fait prendre à l'estomac une position verticale, le pylore étant tourné vers le bassin. La tumeur pèse 4 livres, 7 onces et mesure 12 pouces de long, 5 de large et 4 d'épaisseur. Sur la grande courbure de l'estomac, petite ulcération. La tumeur aurait apparu à l'âge de 14 ans.

Observation n°XXXIII (BAUDEMANT).

Enfant de 10 ans qui avait l'habitude de manger des cheveux et tous les poils qu'il rencontrait. Il fut pris de douleurs vives, puis de coliques violentes avec vomissements visqueux et diarrhée glaireuse qui l'affaiblirent et amenèrent la mort. A l'autopsie, l'estomac est ouvert, il renferme une masse volumineuse moulée sur les deux culs-de-sac de l'estomac qu'elle occupait principalement, et un appendice de la même masse se prolongeait jusqu'au pylore, puis dans le duodénum et le jéjunum. Poids : 2 livres 1 once ; à la coupe, au centre, noyau de cerise autour duquel se sont apposées des couches concentriques de cheveux.

CONCLUSIONS

De l'étude de 33 cas de trichobézoars, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°) Ils constituent une affection relativement rare rencontrés surtout chez les jeunes enfants du sexe féminin présentant souvent, un psychisme particulier.

2°) Les trichobézoars sont constitués par des amas de cheveux enchevêtrés et serrés. La plupart du temps, la tumeur pileuse est unique, mais il faut toujours se rappeler qu'un même malade peut être porteur de plusieurs trichobézoars. Ils se localisent avec prédilection au niveau de l'estomac, plus rarement au niveau de l'intestin. La coexistence des trichobézoars gastriques et intestinaux est beaucoup plus exceptionnelle.

Les trichobézoars gastriques ont, en général, une forme en croissant reproduisant le moule de la cavité gastrique. Ils peuvent présenter un prolongement duodénal, duodéno-jéjunal ou œsophagien. Leur surface, tapissée de mucus, est, en général, lisse ; parfois, au contraire, elle est ébouriffée. Leur volume et leur poids sont très variables, d'une centaine de grammes à plus de 2 kg.

Les trichobézoars intestinaux ont une forme en boudin occupant un segment limité de l'intestin, surtout au niveau de la fin de l'iléon. Leur volume et leur poids restent modérés.

Signalons, enfin, que l'on peut rencontrer, cheminant à travers le tube digestif sans s'y arrêter, de petits égagropiles qui sont presque toujours multiples.

La présence d'un trichobézoar entraîne toujours des lésions du viscère qui le contient. L'estomac, très distendu, est de coloration rouge vineux ; ses parois sont épaissies. La muqueuse peut être le siège de petits polypes et d'ulcérations pouvant aboutir à la perforation.

Au niveau de l'intestin, le trichobézoar provoque une obstruction. A son contact, la paroi intestinale amincie peut s'ulcérer et se perforer.

3°) Une phase de latence souvent longue précède toujours l'apparition des premiers troubles. C'est parfois la constatation d'une tumeur abdominale qui inquiète le malade ; plus souvent, ce sont des phénomènes douloureux auxquels peuvent s'associer des troubles dyspeptiques et intestinaux ; les différents symptômes ont parfois une évolution un peu particulière et se présentent sous l'aspect d'accidents à répétition. Presque toujours, quand le malade est examiné, il est porteur d'une tumeur sus-ombilicale, volumineuse, qui contraste avec l'absence d'atteinte de l'état général. Certains caractères de cette tumeur sont un peu particuliers. Sa topographie, avec deux segments : l'un inférieur abdominal, l'autre supé-

rieur, inaccessible, masqué par l'auvent chondro-costal gauche ; son extrême mobilité, la présence parfois d'un durcissement intermittent estompant momentanément ses contours, enfin, l'existence d'une sensation de crépitation profonde rappelant celle de l'emphysème.

L'examen radiologique, quand il est pratiqué, a une valeur diagnostique décisive. Après remplissage, l'ombre du corps étranger est facilement reconnaissable au milieu du liquide de contraste qui en dessine les contours, et son pôle supérieur fait saillie dans la poche à air. Après évacuation de l'estomac, on retrouve l'ombre mobile du trichobézoar encore imprégnée de baryte.

Non traités, les trichobézoars peu volumineux peuvent migrer dans l'intestin en entraînant un syndrome d'obstruction pyloro-duodénale ; les autres restent sur place et augmentent lentement de volume, entraînant à la longue la mort, soit par cachexie, soit à la suite d'une complication : perforation gastro-duodénale.

Les trichobézoars intestinaux déterminent une obstruction intestinale à marche subaiguë pouvant se compliquer, dans les cas non traités ou opérés tardivement, de perforation intestinale.

La coexistence de trichobézoars gastriques et intestinaux est beaucoup plus exceptionnelle, ainsi que les formes spontanément curables, véritables formes médicales de l'affection.

4°) Les erreurs de diagnostic ont été excessivement fréquentes. A propos des trichobézoars gastri-

ques, presque tous les diagnostics de tumeur abdominale ont été évoqués. Le plus souvent, c'est avec les splénomégalies et les tumeurs rénales que la confusion a été faite. Dans les cas où le diagnostic topographique a été porté exactement, on les a parfois confondus avec une tumeur maligne de l'estomac.

Les trichobézoars intestinaux ont été, dans certains cas, une découverte opératoire. Le plus souvent, devant un tableau d'occlusion, on est intervenu sans diagnostic étiologique précis.

Pour être porté, celui-ci exige que d'abord on y pense, devant certains caractères cliniques et étiologiques un peu particuliers. Il convient ensuite de rechercher minutieusement par l'examen et l'interrogatoire les preuves de la trichophagie. En dernière analyse, l'examen radiologique permettra de lever tous les doutes.

5°) Si on met de côté les formes médicales spontanément curables, tout trichobézoar diagnostiqué doit être opéré.

Les localisations gastriques sont facilement traitées par la gastrotomie, mais après leur exérèse, il faut toujours explorer minutieusement la cavité gastrique et le reste du tube digestif pour ne pas laisser ignorés d'autres égagropiles. Les trichobézoars intestinaux seront traités par entérotomie simple ou par résection intestinale, suivant l'état de la paroi.

En cas de coexistence de trichobézoars gastriques et intestinaux, leur ablation dans le même temps opératoire est possible dans les cas favorables ; dans les autres, il convient d'opérer en deux temps : le

premier s'adressant au trichobézoar intestinal, le deuxième à la localisation gastrique.

6°) L'étude des résultats éloignés montrant que des récives sont possibles, il est utile de recommander des mesures prophylactiques post-opératoires.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
CADENAT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — *Journ. Am. med. assoc. Chicago*, 1896, XXVI, 199 à 201, analysé in MÉRIEL.
- ARTE (M. de). — Obstruction intestinale par trichobézoar. *Hospital*, vol. 14, n° 1, juillet 1938, page 143-147, analysé in *Journal de Chirurgie*, tome 53, n° 4, avril 1939, page 555.
- BAUDAMANT. — *J. de Méd. et de Chir. para.*, 52 : 507 de 1779, analysé in MÉRIEL.
- BERG. — *Nord Méd. Arch.*, 1887, bd XIX, analysé in MÉRIEL.
- BEST. — *British méd. journ. London*, 1869, I — 630-631, analysé in MÉRIEL.
- BOLLINGER. — *Munich Méd. Woch.*, 1891, analysé in MÉRIEL.
- BROCA. — Volumineux égagropile extrait par gastrotomie de l'estomac d'une enfant de 4 ans. *Archives de méd. des enfants*, 1917, page 468.
- BRUCE (Gordon). — Corps étranger (boule de cheveux) situé dans l'estomac et le duodénum d'un enfant de 3 ans 1/2. *The British Journal Of Surgery*, vol. 23, n° 92, avril 1936, p. 855 à 857, analysé in *J. de Chir.*, tome 49, n° 4, avril 1937, page 613.
- BRUCE (Herbert A.). — *The Canada Lancet*, Nov. 1901, analysé in MÉRIEL.

- BUCKWILL. — *Pathol. Transact.*, 1851-1852, page 327, analysé in MÉRIEL.
- BUFFON. — Histoire générale et particulière avec la description du cabinet du Roi, tome V, 5^e édition 1752, analysé in COMBY.
- BUTTERS. — Complications causées par un trichobézoar de l'estomac. *Zentralblatt für Chirurgie*, an 67, n° 7, 17 février 1940.
- CARO. — Tumeur pileuse de l'intestin grêle. Analysé in *J. de Chirurgie*, T. 9, page 379.
- CASTRO (Rodriguez). — Tumeurs pileuses intra-gastriques. *Archives de Pediatra del Uruguay*. T. 9, n° 12, Déc. 1938, p. 730-735. Analysé in *J. de Chirurgie*, T. 54, n° 2, 1939, p. 254.
- CATHELIN. — Société anatomique, 1902, analysé in COMBY.
- COBBOLD. — *J. ment. Sc. Londres*, 1886, XXXII, pages 52-56, analysé in MÉRIEL.
- COLLINS. — Trichobézoars. *Annals of Surgery*, vol. 109, n° 5, mai 1939, page 862-871. Analysé in *J. de Chirurgie*, t. 57, n° 1, 1941, page 71.
- COMBY. — Les tumeurs pileuses ou égagropiles (*Arch. de Méd. des enfants*, Juillet 1918, page 369).
— Les tumeurs pileuses ou égagropiles chez les enfants. *Progrès Médical*, n° 40, 3 octobre 1936, page 1514.
- CRAWFORD. — *The Lancet*, 1852 et *Journal de Lucas-Championnière*, 1851, analysé in MÉRIEL.
- DANDOIS. — Académie Bruxelles, 1903, cité par COMBY.
- DAURIAC. — Un beau cas de tumeur pileuse de l'estomac. *Archiv. de méd. des enf.*, 1917, page 465.

DAVIES (I. J.). — Tumeurs pileuses de l'estomac et du tube gastro-intestinal : 2 cas de T. pil. de l'estomac avec considération sur 108 cas. *The Lancet*, 15 oct 1921, tome CCI, n° 5120, page 791 à 795, analysé in *J. de Chirurgie*, tome 19, page 62.

DUARTE. — Obstruction intestinale par trichobézoar. *Boletins da Sociedade de medicina e cirurgia de Juiz de Fora*, vol. 12, 1939, page 51-56, analysé in *J. de Chirurgie*, tome 55, n° 2, février 1940, page 173.

GODFREY. — *Transac. clin. Soc. Londres*, 1871, analysé in MÉRIEL.

HAUTEFORT. — Ulcère de l'estomac en voie de dégénérescence chez une malade déjà opérée pour un trichobézoar. *Soc. des chir. de Paris*, 19 mai 1933.

HÉBERSHEN. — Cité par MÉRIEL.

HÜTTENBACH (Fr.). — Un cas de trichobézoar de l'estomac chez une infantile. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XXIV, fasc. 1, 1911, page 85 à 108, analysé in *J. de Chir.*, T. 8, p. 67.

IUMAN. — *Med. Times*, 1869, T. II, page 6, analysé in MÉRIEL.

JACOBSON. — *Medical News*, 1900, rapporté par TALAMON in *Med. mod.*, 13 mars 1901, page 82, analysé in MÉRIEL.

JUNGHaus. — Analysé in *Presse Médic.*, 1908, page 292.

KALBITZER. — Un cas de trichobézoar. *Röntgen Praxis*, an 11, fasc. 7, juillet 1939.

LAFOURCADE. — Occlusion intestinale due à une tumeur pileuse siégeant près de la terminaison de l'iléon ; entérotomie, guérison. *Bulletins et Mémoires de la*

- S. N. de chir. de Paris*, tome XLV, n° 28, p. 1312-1313 et analysé in *J. de Chirurgie*, Tome 16, page 226.
- LANGDONDOWN. — Cité par MÉRIEL.
- LAWEN. — Un cas de trichobézoar. *Zentralblatt für chirurgie*, n° 35, 31 août 1935.
- LOUSSOT DOSSER. — Tumeurs pileuses de l'estomac et de l'iléon. Intervention pour occlusion intestinale. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, Tome 65, n° 19, Séance du 7 juin 1939.
- MAES (U.). — Bezoards. *Annals of Surgery*. vol. LXXXVIII, n° 4, octobre 1928, page 685-692. Analysé in *J. de Chirurgie*, t. 33, p. 377-1929.
- MATHIEU. — B. M. Soc. Nat. Chirurg., 1925, n° 1, page 27-29.
— Volumineuse tumeur pileuse de l'estomac. *J. de Chirurgie*, T. 26, page 439.
- MAY JUN (G.). — *Assoc. méd. Journ. Londres*, 1885, analysé in MÉRIEL.
- MÉRIEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1903, n° 13, page 117.
— *Gaz. méd. chir. Toulouse*, 1893, n° 1, p. 3.
- MERMET. — *Journ, gén. de méd. et de chir. de Paris*, 1813, p. 147, 153, analysé in MÉRIEL.
- MERCIER et MANGINI. — Egagropile volumineux de l'estomac. *Cahiers de Radiologie de la Gazette Médicale de France*, 15 février 1936, analysé in COMBY.
- MÉTIVET. — Un cas de trichobézoar. *Soc. Nat.*, 1 juillet 1931, 1051, 1057, in *Bul. Soc. Nat.*, 1931, n° 24.
- MYCH (V. M.). — Sur les tumeurs pileuses de l'estomac. *Chirourguitchesky Archiv. Veliaminova*. Tome XXVIII, n° 3, page 439 à 457, analysé in *J. de Chirurgie*, t. 9, page 365.

- NETTO (Ayres). — Volumineuse tumeur pileuse de l'estomac. *Presse Médicale*, 15 août 1925.
- O'HARA. — *Wiener Klin. Woch.*, 1895, n° 5, analysé in MÉRIEL.
- PARODY. — Trichobézoars. *Revista medica del Rosario*, an XXIII, n° 7, juillet 1933.
- POLAND. — *Pathol. Transact.*, 1851-1852, p. 327, analysé in MÉRIEL.
- POLLOCK. — *Trans. Pathol. Soc. Londres*, 1851-1852, III, analysé in MÉRIEL.
- POTTER CARLTON (F.). — Trichobézoar. *New York State Jal of medecine*, vol. 35, n° 23, 1^{er} déc. 1935, p. 1183-1190.
- RANZI. — Analyse in *Presse Médicale*, 1908, page 292.
- RITCHIE. — *Médico-chir. Soc. of Edinburgh*, XXXVIII, session 1889, analysé in MÉRIEL.
- RUSSEL. — Analysé in MÉRIEL.
- SCHONHORN. — *Archiv. für Klin. chir. v. Langenbeck*, bd 29, XXV, p. 609-614, analysé in MÉRIEL.
- SCHOPF. — *Wien Klin. Woch.*, 1889, n° 46, analysé in MÉRIEL.
- SEIDMAN. — De l'occlusion intestinale par phytobézoar. *Thèse Paris*, 1938.
- SHULTEN. — *Finska lacaccranscapet, Randlingat*, bd. XXXVII, p. 477-494, analysé in MÉRIEL.
- SIRAUD. — *Soc. chir. de Lyon*, 1901, analysé in MÉRIEL.
- SMITH. — Hair eating and pica in Children. *Brit. Journal of Children's discases*, oct. déc. 1931, analysé in COMBY.
- SPRENGEL. — Tumeur pileuse de l'intestin grêle. Analyse in *Journal de Chirurgie*, T. 9, p. 379.

STELZNER. — *Zentralblatt für chirur.*, 1896, n° 31, analysé in MÉRIEL.

STILL. — Hairball in the Stomach. *Proc. of the R. S. of medicina.* juin 1908, analysé in COMBY.

SWAIN. — *Lancet*, 1895, I, page 1581-1582, analysé in MÉRIEL.

TASCA (Costa). — Un cas de Trichobézoar. Son diagnostic avant l'opération. *Minerva medica*, an XXIII, vol. II, n° 29, 21 juillet 1932, page 72-76. Analysé *Journal de Chirurgie*, T. 41, n° 4, avril 1933, page 639.

THOREK et RUTTER. — Trichobézoar and phytobézoar. *American Journ. Surgery*, mars 1937, T. XXXV, n° 3, p. 603-606.

THORNTON. — *Lancet*, 1886, vol. 1, n° 2, analysé in MÉRIEL.

ZUBER. — *Société de Pédiatrie*, 21 juin 1904, analysé in COMBY.

